

ESSAI SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES CONSÉCUTIFS

AUX

MALADIES DE L'OREILLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Mai 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL ROBIN

Né à la Côte-S'-André (Isère)



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Mai 1884

ESSAI SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES CONSÉCUTIFS

AUX

MALADIES DE L'OREILLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Mai 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL ROBIN

Né à la Côte-St-André (Isère)



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Mai 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
BONDET.	} ASSESSEURS.
CROLAS.	
MONOYER	

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT, professeur délégué.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Pharmacie.	CROLAS.
Pathologie interne.	X...
Pathologie externe.	{ BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	{ LÉTIÉVANT, professeur-adjoint.
Hygiène.	MAYET.
Thérapeutique.	ROLLET.
Matière médicale et Botanique.	SOULIER.
Médecine légale.	CAUVET.
Médecine opératoire.	LACASSAGNE.
	PONCET.
	LÉPINE.
Cliniques médicales.	{ BONDET.
	{ RAMBAUD, professeur-adjoint
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ TRIPIER (LÉON).
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ BOUCHACOURT.
	{ DELORE, professeur-adjoint.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé de cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé de cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. TEISSIER	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINAY	M. CHARPY
BOUVERET	LEVRAT	POULLET	VINCENT	
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, président; M. RENAUT, assesseur; MM. LAROYENNE et VINAY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR J.-P. ROBIN

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRET

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DE BRON

AVANT-PROPOS

Depuis longtemps, les médecins ont reconnu l'influence des sens spéciaux en général et de l'ouïe en particulier sur le système cérébral et par conséquent sur les troubles psychiques. Aujourd'hui, un grand nombre d'aliénistes considèrent comme très fréquentes les folies sensorielles, c'est-à-dire celles qui sont consécutives à l'hyperesthésie ou à l'irritation des sens. On doit bien se persuader, dit Auguste Voisin (1), que la folie a le plus souvent une origine somatique.

Mais, comme le dit le professeur Ball (2), si l'ouïe est le plus intellectuel de tous les sens et celui dont les perturbations jouent le plus grand rôle en aliénation mentale, il faut avouer, ainsi que le constate

(1) Aug. Voisin. — *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*. Paris, 1876.

(2) Ball. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 21 février 1882.

M. Alb. Robin (1), que les complications mentales des maladies de l'oreille et du rocher ont été jusqu'ici peu étudiées.

Les auteurs ont, il est vrai, publié un certain nombre d'observations sur ce sujet, mais nous ne croyons pas qu'il y ait, ou plutôt, dans nos recherches nous n'avons pas trouvé de travail d'ensemble sur cette question. Aussi, nous proposons-nous de réunir dans cette thèse inaugurale les faits les plus intéressants, tout en ne nous dissimulant pas les nombreuses lacunes que nous n'aurons pu combler.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le professeur Pierret. Pendant les quelques mois que nous avons eu l'honneur d'être son interne, il nous a prodigué ses conseils avec sa bienveillance habituelle ; c'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et c'est grâce à ses conseils éclairés que nous avons pu arriver au bout de notre tâche ; qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur-agrégé Levrat a bien voulu pratiquer sur nos malades l'examen otoscopique ; il nous a été ainsi d'un grand secours dans ces opérations délicates : qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

Nous remercions également notre excellent ami Taty, interne à l'asile de Bron, qui nous a été d'un précieux concours en mettant à notre disposition sa connaissance approfondie de la langue allemande.

(1) Alb. Robin. -- *Des Affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif*. Paris, 1883.

Nous avons divisé ce travail en quatre chapitres :

Dans le premier, nous avons fait l'historique de la question.

Dans le second, nous avons réuni nos différentes observations et les avons groupées suivant l'ensemble de leurs symptômes. Nous faisons suivre nos observations de réflexions qui serviront pour ainsi dire d'introduction aux deux chapitres suivants, c'est-à-dire un essai de pathogénie et des considérations générales sur la symptomatologie, la marche et le pronostic de ces diverses complications.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0049

ESSAI SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES CONSÉCUTIFS
AUX
MALADIES DE L'OREILLE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

SOMMAIRE : § I. Auteurs français. — § II. Auteurs allemands
§ III. Auteurs anglais et américains

§ 1. — Dans les conditions normales du fonctionnement cérébral chacun sait quel rôle considérable jouent les irritations sensorielles de toutes sortes qui viennent donner le branle aux activités nerveuses des cellules corticales. Ce sont, en effet, les impressions sensorielles présentes ou passées qui suscitent leurs propriétés dynamiques et deviennent ainsi les matériaux indispensables à toutes les opérations de la vie psychique.

Or, lorsqu'un contingent de ces mêmes incitations vient à manquer, l'expérience prouve qu'il y a des troubles concomitants qui dépendent de l'absence de stimulations régulières qui ont cessé de retentir dans le *sensorium*.

L'influence de la suppression des impressions auditives a été jusqu'ici peu recherchée par rapport aux troubles consécutifs que cette suppression peut déterminer sur le jeu des fonctions cérébrales.

Cette appréciation de M. Luys (1), qui vise surtout la surdité, c'est-à-dire la suppression de la fonction auditive, peut tout aussi bien s'appliquer aux dérangements fonctionnels qui résultent des altérations de l'appareil récepteur ou conducteur des sons.

Leur histoire aussi est peu connue ; il est cependant un fait digne de remarque, c'est qu'un grand nombre d'auteurs, médecins ou psychologues, constatent et affirment l'importance des fonctions de l'organe de l'ouïe et son retentissement considérable sur le cerveau sain on atteint de délire.

Nous n'en citerons que quelques-uns.

L'ouïe, comme le disent avec raison Théophraste et Plutarque, est de tous les sens celui qui donne le plus facilement entrée aux passions : c'est l'ouïe qui reçoit la parole, sans laquelle l'intelligence est si restreinte ; la parole qui alimente considérablement, comme on sait, la mémoire et l'imagination, qui expriment tous les modes, toutes les nuances que revêtent les propriétés des corps : qui dans les contes merveilleux où la jeunesse et même l'âge mûr se plongent avec délices, grave au sein de l'âme tout un monde de formes sensibles (2).

(1) Luys — Rapports de la surdité avec l'aliénation mentale. — (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*) 1877, p. 203.

(2) Michéa. — *Des Hallucinations, de leurs causes et des Maladies qu'elles caractérisent.* 1846, p. 28.

C'est l'entendement qui veoid et qui oyt, disait Montaigne.

Et de nos jours : Le sens de l'ouïe, disait Lasèque, est le plus actif de tous, sinon le seul actif dans la combinaison des sentiments intimes. On comprend aisément que les malades dont l'idée fixe se reporte sans cesse sur les mauvais propos et les mauvais desseins qu'on exprime à leur endroit, soient avant tout aptes à entendre et disposés à écouter (1). Le professeur Ball, dans une phrase aussi heureuse que concise, nous paraît avoir résumé toutes ces opinions : L'ouïe, a-t-il dit, est le plus intellectuel de tous les sens.

Nous nous sommes demandé si nous grouperions dans ce chapitre les appréciations des auteurs que nous citons ; nous préférons exposer les conclusions auxquelles ils sont arrivés, au fur et à mesure que nous avancerons dans le corps de notre sujet ; car, en commentant les observations réunies par groupes, suivant l'ensemble de leurs symptômes, nous resterons ainsi sur le terrain clinique.

Aussi, cet historique ne sera-t-il qu'une ébauche, la question étant encore un peu neuve, les observations peu nombreuses et presque toutes publiées dans ces dernières années.

En présence de l'hostilité sinon systématique, du moins incompréhensible d'un certain nombre d'auteurs envers les folies sensorielles, on pourrait se

(1) Compérat. — *Des Hallucinations de la Vue et de l'Ouïe*. Paris, 1872, p. 29.

demander si ces folies existent réellement, et si les vésanies proprement dites ne sont pas les seules qu'on observe dans la pathologie mentale. Aujourd'hui, la question est indiscutable, les observations sont concluantes, et si l'on ne s'incline pas devant l'autorité des maîtres, on doit s'incliner au moins devant l'évidence des faits. M. Voisin (1), tout en étant partisan de l'intervention des sens dans la genèse de la folie, est encore bien timide : En résumé, dit-il, l'intervention des lésions des organes des sens dans la genèse de certaines hallucinations et de la folie, est rejetée, ou peu s'en faut, par les auteurs, et l'influence de la mémoire et de l'imagination est considérée jusqu'ici comme jouant le rôle dominant. Sans prétendre supprimer l'influence réelle et souvent unique de cette dernière cause dans nombre de cas, je crois qu'on ne doit pas l'exagérer, et qu'il faut réserver une certaine part à l'altération des organes extérieurs des sens.

Si M. Voisin n'est pas audacieux dans ses appréciations, il est au moins consolant, car, suivant lui, cette folie doit devenir toujours ou à peu près curable.

A Baillarger, l'auteur de la théorie psycho-sensorielle revient l'honneur d'avoir publié les premières observations et d'avoir en quelque sorte attiré l'attention sur ce sujet. Dans celle que nous citons plus loin, les détails manquent, mais le fait n'en est pas moins concluant, c'est peut-être un

(1) Voisin. -- *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*. Paris, 1876.

des premiers cas connus d'hallucinations unilatérales. Encore, à ce point de vue, ce cas est-il relativement peu probant, car les hallucinations existaient des deux côtés et étaient seulement prédominantes du côté malade.

C'est en s'appuyant sur des faits de ce genre que Baillarger est arrivé à donner des bases solides à sa théorie; il serait en effet difficile de nier dans ce cas l'intervention de la lésion organique dans la production de l'hallucination et de la folie.

Morel de Saint-Yon (1) constate que les maladies cérébrales résultant de l'inflammation de l'oreille interne avec propagation aux méninges sont d'une gravité extrême. Mais son esprit se trouvait dirigé beaucoup plus du côté des complications cérébrales ou méningées que du côté des complications purement mentales. En effet, il se contente de citer l'opinion de Toynbee sur ce sujet; cependant il ajoute que, dans ces mêmes conditions pathologiques, l'intercurrence de la cause morale la plus insignifiante en apparence peut déterminer l'explosion de la folie.

Les autres auteurs classiques que nous avons consultés ne donnent guère plus de détails que Morel, de Saint-Yon, ou Voisin; ils se contentent de dire que les altérations peuvent avoir un retentissement cérébral, mais tout se borne là, et ils ne citent pas d'observations.

Jusqu'à 1875, la pathologie mentale reste muette

(1) Morel, de Saint-Yon. — *Traité des Maladies mentales*.

sur la question, quand apparaissent les cas de Gellé (1875), Bouchut (1877), P. Mènière (1878). Ce sont des observations concernant des enfants; les malades sont agités, crient, vocifèrent, frappent les assistants; leur figure et leurs gestes expriment la colère ou la terreur; mais les troubles psychiques sont passagers, durent quelques instants, puis tout rentre dans l'ordre. Les cas de Régis (1881), Ball (1882), Mabille (1883), sont autrement intéressants, car l'affection de l'oreille donne lieu à des psychoses complètes en déterminant des hallucinations unilatérales du côté de la lésion. Ce sont peut-être les faits les plus concluants en faveur de la théorie psycho-sensorielle, car non seulement la folie est déterminée par la lésion auditive, mais encore sous l'influence d'une thérapeutique appropriée, l'une disparaît avec l'autre.

En 1877, M. Luys publie dans les annales des maladies de l'oreille et du larynx un article sur les rapports de la surdité avec l'aliénation mentale. Sur un relevé de 531 cas, dit-il, j'ai rencontré 20 fois la surdité chez les aliénés, et 9 fois j'ai trouvé la surdité chez les ascendants, ce qui fait un total de 29 cas dans lesquels la surdité était plus ou moins partie prenante de l'aliénation mentale. Douze fois elle a coïncidé avec des perturbations psycho-intellectuelles très nettement accusées; ces troubles psycho-intellectuels se sont présentés communément sous la forme hallucinatoire et sous la forme maniaque. C'est principalement après une période de durée plus ou moins prolongée du processus morbide que la surdité s'est déclarée. Elle s'est déclarée d'une façon lente, insi-

dieuse; la plupart du temps à l'insu des malades qui n'en avaient pas conscience, et elle se révélait par ce fait qu'il fallait qu'on élevât la parole pour se faire comprendre d'eux. Jamais cette forme spéciale de surdité, qu'on pourrait appeler surdité centrale, ne s'est accompagnée de douleurs ni d'accident quelconque du côté des oreilles...

Dans d'autres circonstances, la surdité précède l'aliénation mentale ; elle est quelquefois le résultat d'un vice d'organisation congéniale, et d'autres fois elle est très franchement héréditaire.

L'influence de la surdité transmise héréditairement me paraît jouer un rôle pathologique important dans l'apparition de l'aliénation mentale ; si je compare, en effet, ces cas à ceux qui intéressent les impressions visuelles, ils présentent un contraste qui frappe très vivement. Je n'ai pas encore vu d'aveugle engendrer des aliénés, mais j'ai vu des parents sourds (9 fois sur 531) engendrer des aliénés.

D'où il faut conclure que la perte de l'audition exerce sur le fonctionnement psycho-intellectuel, soit par une influence directe, soit par une influence héréditaire, une action beaucoup plus nocive que la perte des impressions visuelles, et qu'au point de vue de la transmission héréditaire, la surdité paraît plus fréquente que la cécité dans le domaine de la pathologie mentale.

Nous citerons enfin la thèse de M. Albert Robin sur les affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques de l'oreille et du rocher. Nous aurons trop souvent l'occasion de le citer dans notre

thèse pour que nous insistions davantage ici sur son remarquable travail.

Dernièrement, en janvier 1884, M. Schiffers publie à Liège un article sur les troubles psychiques en rapport avec les maladies de l'oreille. Nous regrettons que cet auteur ait oublié ou ignoré les observations publiées en France pour ne citer que les auteurs allemands. Elles lui auraient certainement inspiré des réflexions qui eussent complété un travail dans lequel nous avons néanmoins puisé de précieuses indications.

Nous croyons avoir examiné presque toute la littérature médicale française qui s'est occupée de la question; nous croyons pouvoir affirmer l'ignorance presque absolue des médecins français et même des spécialistes sur le délire par lésion auditive.

§ 2. — Nous nous sommes demandé s'il en était de même autour de nous, et spécialement chez les Allemands et les Anglais qui comptent parmi eux quelques auristes célèbres.

En Allemagne, l'histoire des complications mentales des maladies de l'oreille n'est guère plus compliquée qu'en France. On y relate des faits intéressants, mais pas de travaux de longue haleine.

Köppe et Schwartz à Halle, en 1866, Schlager et Jaffe, à Vienne, en 1870, étudient l'influence des sensations subjectives de l'ouïe sur le développement de l'aliénation mentale. Ils arrivent aux mêmes résultats. Köppe a examiné 31 malades atteints en même temps d'affections de l'oreille. Chez

27 d'entre eux, les troubles de l'ouïe avaient précédé les troubles psychiques, qu'il est bien permis de considérer comme ayant été produits par les premiers.

Citons encore Tuczek, dont nous reproduisons *in extenso* une très curieuse observation de bruit tout à la fois subjectif et objectif; Schwartz, dont l'article sur les bruits subjectifs trouvera sa place à la suite de Tuczek; Moos, Meyer, Von Trœltzsch sur lesquels nous reviendrons dans le cours de ce travail.

En dernier lieu, le professeur Fürstner, de Heidelberg, a prononcé à l'assemblée des médecins aliénistes allemands, un discours que nous trouvons reproduit dans le n° du 30 avril 1883, du *Berliner Klinische Wochenschrift*.

D'après cet auteur, des bruits purement entotiques peuvent avoir une action dépressive sur le caractère et dans des cas d'intensité particulière chez des sujets prédisposés, ils peuvent faire éclater des psychoses aiguës, dans le sens propre du mot.

Dans 26 cas rassemblés par le docteur Fürstner, 19 présentaient des bruits subjectifs, des hallucinations, des illusions.

Cet auteur considère le grand âge comme la cause prédisposante de beaucoup la plus importante; la diminution de résistance de la faculté du cerveau dépendant de la vieillesse agirait donc activement.

§ 3. — Il ne nous reste pour terminer cet historique qu'à consulter les ouvrages anglais et améri-

cains. Là encore, peu de renseignements ; on ne trouve guère que les cas publiés par Rhyss Williams, sir John Roosa, Th. Browne et Toynbee. Et encore, Toynbee s'occupe surtout des complications cérébrales et méningées. Il a même cherché à démontrer que chacune des cavités particulières de l'oreille a, si l'on peut s'exprimer ainsi, une circonscription morbide, autrement dit, qu'elle communique la maladie dont elle est atteinte à une division particulière de l'encéphale. Les recherches du savant professeur lui font adopter les divisions suivantes :

1° Les affections du méat auditif externe et des cellules mastoïdiennes déterminent une maladie dans le sinus latéral et dans le cervelet.

2° Les affections de la cavité tympanique produisent une maladie du cerveau.

3° Les affections du ventricule et du limaçon amènent une maladie de la moëlle allongée.

Nous ne suivrons pas Toynbee dans cette voie, car elle nous ferait sortir de notre sujet, nous nous contenterons de citer son opinion sur la gravité des inflammations chroniques de l'appareil auditif. « Toute personne, dit-il, affectée d'inflammation catarrhale chronique de la coueche dermoïde du méat, de la membrane du tympan, ou de la muqueuse de la cavité tympanique, ne peut-être considérée comme à l'abri de la propagation de la maladie aux os du crâne, au cerveau ou à ses membranes, et il suffit alors de la cause occasionnelle la plus insignifiante, d'un accès de fièvre, d'un rhume ou d'un coup sur la tête, etc.,

pour amener l'explosion de symptômes qui, en règle générale, se terminent d'une manière funeste. »

En Amérique, la littérature médicale est encore plus pauvre sur ce sujet. Nous ne trouvons guère que Catlett qui se soit occupé de la question. Il arrive aux mêmes conclusions que Fürstner et constate que les complications mentales des maladies de l'oreille se présentent plus souvent chez les femmes que chez les hommes, dans la vieillesse que dans la jeunesse ; il a constaté aussi que les hallucinations de l'ouïe ont toujours, dans ces cas-là, un caractère triste et très douloureux ; que les aliénés sujets aux bourdonnements d'oreille et aux hallucinations, souffrent de l'insomnie, de la perte de l'appétit, qu'ils sont incertains dans leurs mouvements, irritables et toujours dangereux.

Nous ne saurions mieux terminer cet historique qu'en citant l'analyse d'un travail considérable de M. le docteur Sexton, de Washington, sur les causes de la surdité chez les enfants des écoles et sur son influence sur leur éducation.

Après un exposé facile de l'anatomie de la physiologie de l'organe de l'audition, l'auteur aborde l'étiologie de la surdité chez les enfants des écoles. Il divise les causes en causes locales et en causes dépendant du grand sympathique. Cette dernière catégorie s'explique par le froid exercé sur la tête et par l'irritation dentaire. L'auteur cite encore l'entrée de l'eau dans les oreilles (bains, douches nasales, etc.), et les autres causes, telles que les exanthèmes, la diphtérie, les angines, les cheveux coupés courts, etc.

Suivant Sexton, l'irritation dentaire a un retentissement considérable sur les oreilles. Beaucoup d'otites seraient dues à l'éruption et à la carie des premières dents, à la sortie de la dent de sagesse.

C'est là une cause tout à fait fréquente des maladies de l'oreille. Sur 80 élèves qu'il a examinés, un seul a été trouvé absolument libre de douleurs dentaires et quelques-uns seulement avec une dentition presque normale.

Le résultat le plus évident de la surdité chez les enfants est de les décourager. Ils sont découragés à la maison et à l'école, à cause des railleries, des moqueries de leurs camarades, des punitions que leur infligent les parents et les maîtres qui les croient *inattentifs et stupides*. Il faut encore ajouter l'impossibilité d'entendre ce qu'on leur dit, la difficulté consécutive de prononcer correctement les mots, l'ennui qu'ils ont d'entendre leur propre voix et d'avoir des bourdonnements variés, tout cela est bien de nature à plonger ces petits êtres dans le découragement le plus profond.

On s'attendra de plus à les voir devenir menteurs, vicieux et d'un mauvais caractère.

Sexton termine par une conclusion d'une grande valeur pratique. « Lorsque, dit-il, la cause de la surdité, chez un enfant, n'est pas connue, il faut pratiquer un examen minutieux de l'oreille avant de le regarder comme étant certainement un fou ou un faible d'esprit. »

Nous avons donné une certaine extension à l'analyse du travail de M. Sexton ; car nous croyons que

L'on ne saurait trop attirer sur cette question l'attention du public médical et surtout des médecins inspecteurs des écoles. Des études primaires dépend souvent l'avenir des enfants ; si donc, l'ouïe, le plus intellectuel de tous les sens, est altérée dans ses fonctions, comment transmettra-t-elle, à ces cerveaux qui ne demandent qu'à se développer, les enseignements du maître, la nourriture intellectuelle ? Car, comme le dit professeur Ball, à l'état normal, les organes des sens sont des serviteurs dociles chargés d'apprêter le festin de l'intelligence ; à l'état pathologique, ce sont des convives importuns qui viennent s'asseoir à ses côtés et réclament énergiquement leur part.

Les médecins inspecteurs devraient donc faire un examen approfondi de tous les enfants dont l'ouïe est défectueuse, quelle que soit la lésion, et ces jeunes cérébraux, comme les appelaient le professeur Lassègue, soumis à un traitement approprié à une hygiène scolaire spéciale, au lieu de devenir de bonne heure de véritables lypémaniaques, toujours en but aux railleries de leurs camarades, souvent à l'indifférence de leurs maîtres et même de leurs parents, verraient leur intelligence se développer comme celle des autres, et ne seraient pas exposés plus tard, sous l'influence de la moindre cause, à venir augmenter la triste population des asiles.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre nous avons réuni un assez grand nombre d'observations, et nous les avons, d'après l'ensemble de leurs symptômes, groupées en quatre classes.

1° Observations dans lesquelles la lésion de l'appareil auditif peut être considérée comme la seule cause des troubles intellectuels.

2° Observations dans lesquelles la maladie de l'oreille ne joue qu'un rôle secondaire dans la production des troubles psychiques, ceux-ci étant sous la dépendance directe d'autres facteurs étiologiques, tels que l'hérédité, les bourdonnements, etc.

3° Observations dans lesquelles la maladie mentale est en quelque sorte absorbée par la prédominance d'un symptôme, l'hallucination auditive.

4° Observations dans lesquelles la lésion donne au délire l'aspect complet d'une maladie mentale.

On pourrait admettre une cinquième classe dans laquelle on ferait entrer les observations d'aliénés porteurs d'une lésion de l'appareil auditif, sans que le délire ait la moindre relation avec cette lésion qui peut n'être considérée que comme une simple coïncidence. Mais il serait banal d'insister sur ce fait qui ne présente aucun intérêt tant il est vulgaire. Tout le monde sait, en effet, qu'il peut exister dans l'organisme deux processus morbides sans qu'il y ait entre eux la moindre relation ; d'un autre côté, on ne peut guère, dans les asiles, étendre les soins de propreté à une région aussi exigüe que le conduit auditif externe ; aussi, y a-t-il d'innombrables cas d'aliénés porteurs d'un bouchon de cérumen, qui, par un séjour prolongé modifie plus ou moins la membrane du tympan et derrière lequel se cache presque toujours un peu d'otite sèche, sans que leur délire en soit le moins du monde modifié.

Nous avons adopté une classification, afin de mettre un peu d'ordre dans l'exposé de nos observations, et nous les avons groupées suivant l'ensemble de leurs symptômes, afin de nous tenir autant que possible sur le terrain clinique. Sans doute, elle pêche par plus d'un côté, et telle observation pourrait bien être classée ailleurs ; mais si l'on était trop absolu quand il s'agit de grouper des malades, on courrait grand risque de se trouver en présence d'une difficulté insurmontable, chaque sujet ayant une physiologie spéciale, dépendant du sexe, de l'âge, de la résistance cérébrale, de l'hérédité ou d'autres conditions étiologiques.

I

OBSERVATION I (1)

Délire et folie par lésion de l'oreille

Garçon âgé de six ans ; a eu la rougeole il y a trois ans, et une bronchite chronique il y a un an, pour laquelle on l'a envoyé à Nice. Là, il a eu la scarlatine et après guérison et desquamation complète de la peau, il a eu une otorrhée à gauche qui dure depuis trois mois.

Depuis cette otorrhée, il entend mal de cette oreille, il souffre quelquefois de la tête et il a des crises nerveuses fréquentes, tous les jours ou plusieurs fois par jour et même la nuit. Il n'a pas de vertiges, ni de perte de connaissance, ni de vomissements, ni de mouvements de propulsion. Il semble égaré, furieux, se précipite sur sa mère pour la frapper des pieds et des poings ou avec ce qu'il trouve sous sa main. Il vocifère bruyamment contre elle, demande un couteau pour la tuer. Il casse tout autour de lui, puis cela se calme, il pleure, embrasse celle qu'il voulait tuer et la crise recommence bientôt avec les mêmes caractères. Le bruit de la scène est si vif qu'on le fait partir de l'hôtel où il loge.

Même état chez le docteur Thermes, avenue Malakoff. Enfin, on le traite par des injections de chlorhydrate de morphine à doses croissantes. On commence par un quart de centigramme. Au bout de la troisième, grande amélioration. La mère l'emmène en Angleterre. On n'en entend plus parler.

(1) Bouchut, *Gazette des hôpitaux*, pp. 1004, 1877.

OBSERVATION II (1)

Délire et folie par otite moyenne et otorrhée

Il y a deux ans, je fus appelé auprès d'un enfant de six ans que les parents étaient fort alarmés d'avoir vu cinq ou six fois de suite pris d'accès subit de délire présentant des caractères de folie : perte complète de mémoire, délire aigu, frappant, battant ses parents qu'il ne reconnaissait plus, criant, battant les meubles de l'appartement, s'adressant aux murailles qu'il prenait pour des êtres vivants.

L'accès était sans fièvre appréciable, durait quelques heures et prenait dans la seconde partie de la nuit aussi bien que dans le jour.

L'accès fini, l'enfant récupérait toute sa connaissance ne se plaignant que d'un peu de mal de tête. En questionnant les parents, j'appris que l'enfant avait été exposé à l'un des premiers froids vifs de la saison et que depuis trois mois, à la suite d'une fraîcheur prise dans les bois pendant une promenade, il avait eu un fort catarrhe de l'oreille droite, catarrhe, qui avait été supprimé par la dernière exposition au froid. Bien que le cas fut singulier et quelque peu complexe, une partie des symptômes pouvait s'expliquer par l'otite et la myringite consécutive. L'enfant présentait une acuité de l'audition fort remarquable, ce qui me conduisit à penser à la possibilité d'une exagération violente de l'impression transmise au nerf auditif; du reste, toute la région du cou était fort sensible, avec des points d'exacerbation (sous-maxillaire, temporal, sous-occipital).

Je crus me trouver en face d'une névralgie intense portant l'enfant au délire avec l'appareil de la folie. Dès lors, je

(1) Bouchut, *Gazette des hôpitaux*, 1877.

n'hésitais pas à faire au petit patient, soir et matin, une injection de morphine de deux milligrammes chaque fois ; un vésicatoire fut placé sur l'apophyse mastoïde et l'on fit des injections émollientes dans le conduit auditif. Trois jours après le traitement, calme complet, rétablissement de l'écoulement que je fais cesser d'une façon méthodique. Guérison complète.

OBSERVATION III (4)

OTITE, MANIE AIGUE, ACCIDENTS NERVEUX ÉPILEPTIFORMES,
SULFATE DE QUININE, GUÉRISON

La nommée B., âgée de dix ans, entrée le 14 novembre 1877, est malade depuis trois mois. Elle est atteinte de très fortes douleurs de l'oreille droite accompagnées d'un écoulement purulent.

Au dire des parents, cette enfant a été prise depuis la même époque d'accidents nerveux, rares d'abord, qui se sont multipliés d'une façon effrayante depuis quelques jours. Dans ces crises, toujours d'après les parents, la malade devient pâle, les yeux restent ouverts. Elle s'agite et crie, mais il n'y a pas de perte de connaissance. Pas d'incontinence d'urine ou des matières fécales. Bon appétit, jamais de fièvre. L'écoulement d'oreille a disparu.

Dès le lendemain de son entrée, la malade a été prise d'une crise violente qui a duré plus de vingt minutes. Pendant tout ce temps, d'après la religieuse du service, elle a poussé de véritables hurlements *comme un chien*, cherchant à mordre et à déchirer tout ce qui l'entourait. Il a fallu plusieurs personnes pour la contenir. Bromure de potassium, trois grammes par jour.

(4) Bouchut, *Gazette des hôpitaux*, n° 434, pp. 1065, 1878.

20 novembre. — Après s'être bien portée depuis cinq jours, l'enfant a été prise d'un nouvel accès, mais incomplet cette fois. La malade s'est tout à coup enfoncée dans son lit, la tête dans son oreiller, poussant quelques plaintes de temps à autre. Lorsqu'on lui parlait, elle s'agitait avec une sorte de fureur, repoussait violemment son interlocuteur, disant qu'on l'ennuyait, qu'elle n'était pas malade et qu'elle avait envie de dormir. Elle s'est endormie, en effet, pour se réveiller bien portante au bout de quelques heures. Elle ne se rappelle pas ce qui s'est passé.

25 novembre. — Nouvelle crise à laquelle nous avons assisté. L'enfant pousse des *rugissements*. Elle projette violemment les bras à droite et à gauche. Elle bondit, cherche à mordre et déchirer ses draps. Son corps se convulse alternativement en avant, en arrière ou latéralement. La sensibilité est intacte et les pupilles égales; il est si difficile de la maintenir à quatre personnes qui la meurtrissent et lui prennent les cheveux pour empêcher sa tête de frapper sur les fers du lit que j'ordonne à l'instant de l'endormir par le chloroforme. Une compresse chloroformée placée sous le nez arrête l'accès en une minute. Au bout d'un quart d'heure, la malade se réveille. Elle est calme, et, bien qu'un peu étourdie, elle répond très bien aux questions qu'on lui adresse. En dehors des attaques, la santé est bonne, l'appétit excellent et les digestions régulières.

6 décembre. — Les accès se renouvellent deux ou trois fois par semaine. Ils ont toujours le même caractère et on s'en rend toujours maître par le chloroforme.

10 décembre. — Sulfate de quinine, un gramme tous les jours.

28 décembre. — Ce que n'ont pu faire le bromure de potassium et le chloral a été fait par le sulfate de quinine, à la dose d'un gramme par jour. Elle en prit dix-huit grammes en tout. A partir de ce moment, les crises ont diminué et aujourd'hui l'enfant n'a plus d'accès. Elle paraît guérie. L'écoulement a disparu depuis deux jours. Exeat, 10 février 1878. Guérison.

OBSERVATION IV (1)

Délire consécutif à une otorrhée purulente chronique

En juin 1873, un jeune garçon de huit ans fut amené chez moi par ses parents, modestes ouvriers des environs de Paris.

Cet enfant, de nature malade, présentant des traces de scrofule, était atteint, depuis l'âge de cinq ans, d'un écoulement muco-purulent de l'oreille droite, dont la cause passa inaperçue.

Le petit malade, peu et mal soigné, était en mauvais état tant au point de vue général qu'au point de vue local. L'historique des antécédents fut rapidement fait; tout ce qui me fut raconté ne sortait point du cadre habituel de la maladie chronique dont les symptômes nous sont connus. Rien de particulier à noter.

Au moment où j'allais procéder à un examen complet de l'état local, le père raconta ce qui suit :

« Depuis un mois environ, l'enfant est pris tout à coup, de temps à autre, quelquefois deux fois par jour, de crises nerveuses *singulières*; *il devient colére, se fâche pour un rien, veut battre tout le monde*, ne paraît pas savoir ce qu'il dit, enfin il perd la tête. Cet état dure plus ou moins longtemps, quelquefois une heure, souvent moins. La seconde fois que pareil accès est arrivé, j'ai cru que c'était de la méchanceté et je lui ai administré une volée. Cela n'a fait qu'augmenter la crise; il n'avait pas l'air d'avoir sa connaissance; puis, il est tombé dans une sorte d'abattement, et après avoir dormi plus ou moins longtemps, il revenait à lui sans paraître se souvenir de rien.

(1) Emile Ménière. *Gazette des Hôpitaux*, 1878, p. 147.

« Le père ajoute que l'enfant reste quelquefois cinq ou six jours sans avoir d'attaques. »

Au moment où on me l'amène, on assure que, depuis quatre jours, il est dans son état normal. J'essayai de bien préciser les faits; l'enfant n'a jamais eu d'écume à la bouche, ni mouvements convulsifs des membres, ni vertiges, ni chutes.

J'examinai avec soin l'oreille malade, après avoir largement injecté le conduit auditif, que je trouvai grisâtre, un peu boursoufflé et plus rouge au fond; plus de tympan, la chaîne des osselets a disparu, sauf l'étrier, dont la base me semblait à sa place, quoique la tête fût bien difficile à voir.

La muqueuse de la caisse tympanique était tomenteuse, avec quelques bourgeons charnus pâles.

La trompe d'Eustache était perméable; l'audition n'était pas abolie; le tic-tac de la montre était perçu contre l'oreille, et la voix à une distance de plus d'un mètre. (J'ai vu beaucoup de malades chez lesquels l'audition se conserve relativement bonne avec une perte du tympan et des lésions inhérentes à une otorrhée chronique ancienne, même lorsque l'écoulement a complètement cessé.)

En somme, tout ce que voyais chez ce petit malade ressemblait aux lésions habituelles des otorrhées chroniques scrofuleuses ou tuberculeuses.

Mais les crises de délire, pourquoi se montraient-elles dans les conditions relatées plus haut? Je pensai bien à une lésion de l'oreille interne.

Les travaux de mon père sur ce qu'on appelle la maladie de Ménière étaient présents à mon esprit. Mais, dans le cas actuel, il n'y avait pas de bruits, pas de sifflements avec ou sans exacerbation, pas de vertiges, ni chutes, ni vomissements. Tout bien examiné, je restai indécis. Après avoir institué le traitement général habituel, je prescrivis le traitement local, qui me réussit si bien dans les cas de ce genre. Injection d'eau tiède trois ou quatre fois par jour, et instil-

lations ou badigeonnages une ou deux fois par jour avec un mélange de glycérine et d'acide phénique à haute dose; de 5 à 12 grammes d'acide phénique pour 20 grammes de glycérine anglaise. Puis, je recommandai au père de me prévenir, s'il le pouvait, afin que je puisse juger les crises par moi-même.

Ces braves gens demeuraient aux environs de Paris. On me ramena l'enfant trois semaines après, il n'avait eu que deux crises. L'état local s'était légèrement amélioré. Nouvelle visite un mois après; trois crises un peu moins violentes.

Le père m'annonça qu'il partait avec sa femme et ses enfants en Algérie, où il trouvait un travail qui lui convenait. Il me promit de me donner de ses nouvelles, mais je n'entendis jamais parler de lui.

Si ces quatre observations ne sont pas aussi complètes au point de vue des troubles intellectuels que nous pouvions le désirer, elles n'en ont pas moins leur importance.

Elles nous fournissent quatre cas de délire intermittent produit chez des enfants à la suite d'otite moyenne et d'otorrhée. La folie étant rare chez les enfants, on nous objecte que ces phénomènes cérébraux se rapportent plutôt à un délire fébrile empruntant ses caractères spéciaux à l'âge des sujets atteints, qu'à ce que l'on est convenu d'appeler un accès de manie.

Bien que ne connaissant pas les antécédents héréditaires de nos petits malades, nous croyons qu'ils étaient en proie à quelque chose de plus qu'un délire nerveux; aussi quand on les voit, sous l'influence d'une affection relativement bénigne, entrer dans un état

caractérisé par des cris, vociférations, mouvements désordonnés, quand, d'un autre côté, un enfant, dans un de ces moments d'excitation, se précipite sur sa mère un couteau à la main, on peut dire, sans être taxé d'exagération, qu'il est atteint d'un accès maniaque passager, si l'on veut, mais non de délire nerveux. Il semble même que des enfants dont l'un crie toute la journée, l'autre a de temps en temps des moments d'excitation, pendant qu'il se livre à des actes de véritable sauvagerie, le plus maniaque n'est pas le plus excité. Il y a donc une distinction à faire et tout en tenant compte de l'intensité du délire, on fera bien d'en considérer la forme.

De ces quatre observations, on peut rapprocher celle de M. Gellé, dont voici le résumé :

Enfant de 5 ans, atteint de pneumonie du sommet avec délire persistant après la disparition de la pneumonie, otite moyenne aiguë ; cessation du délire après l'évacuation du pus au dehors.

Ces phénomènes délirants doivent être rangés, croyons-nous, dans la catégorie des délires d'ordre méningitiques. Il est assez difficile d'expliquer comment ces périodes d'excitation se succèdent à intervalles plus un moins éloignés, mais en tous cas, l'ensemble de ces faits ressemble assez au tableau qu'a tracé M. le D^r Miot, de la méningite survenant comme complication d'une maladie de l'oreille (1).

Lorsque les méninges, dit-il, commencent à être envahies par le processus inflammatoire, on observe

(1, Miot. — *Traité pratique des Maladies de l'oreille.*

ordinairement tous les phénomènes qui indiquent une congestion faible. Il existe un sentiment de malaise général, un peu d'hyperesthésie du sens de la vue, quelques vertiges et quelques lourdeurs de tête qui rendent le malade impatient et incapable de s'occuper sérieusement. Souvent cette céphalalgie apparaît le matin lorsque le malade s'éveille; elle est très forte, occupe la région frontale ou toute la tête, devient plus intense sous l'influence d'un exercice violent ou même d'un mouvement énergique. Alors il y a des élancements qui arrachent des pleurs ou des plaintes, quelquefois même des cris au malade. Pendant ces exacerbations, il y a quelquefois des vomissements peu prolongés. La fièvre est forte; certains sens, comme celui de la vue, sont très impressionnables (photophobie).

Le malade est facilement irritable, il a du délire, rarement du coma. Peu à peu, les symptômes se dessinent davantage; il y a quelquefois un peu d'assoupissement bientôt remplacé par une agitation fort grande pendant laquelle le malade pousse des cris et peut être en proie à un délire furieux. Il existe des contractions spasmodiques des muscles de la face, des soubresauts des tendons. Ces contractions quelquefois générales, d'autres fois locales, dégénèrent parfois en véritables convulsions: par exemple, chez les enfants de préférence. Voilà pourquoi beaucoup d'enfants deviennent sourds-muets à la suite de convulsions.

Comme on le voit, le début de cette description se rapporte assez bien à l'état de ces enfants chez les-

quels surviennent probablement des poussées passagères de méningite.

Pour achever le tableau, nous publions les deux observations de deux malades qui furent emportées par de graves complications cérébrales et méningitiques.

OBSERVATION V (1)

Accumulation de matière scrofuleuse dans le tympan; inflammation aiguë de la membrane muqueuse; graves symptômes cérébraux; mort.

L. B., 10 ans, fut admise à l'hôpital Sainte-Marie, le 21 avril 1854.

Historique — Vomissements, chaleur de la peau, céphalalgie; depuis le 18, elle a poussé de temps en temps des cris perçants, jusqu'au moment de son admission. Les intestins n'ont pas fonctionné depuis le 19; a eu autrefois un écoulement de l'oreille droite qui a cessé dans ces derniers temps; mais la surdité a persisté.

A l'examen, pouls rapide et régulier, peau chaude et sèche; face rouge, yeux fatigués, brillants; pupilles normalement impressionnées par la lumière, tendance à une sorte de sommeil comateux dont on tire facilement la malade en lui parlant.

21 avril. — Application de 19 sangsues à la tête; glace; à l'intérieur, 0,075 de colomel toutes les heures et un purgatif le matin.

22 avril. — Urines albumineuses, probablement sous l'influence du calomel. Plus de vomissements. Il y a eu plusieurs évacuations alvines; douleurs dans la région cardiaque;

(1) Toynbee — *Traité des Maladies de l'oreille*.

tient sa tête enfoncée dans l'oreiller; cris aigus de temps en temps. Point de céphalalgie. Langue blanche et saburrale; pouls à 108, régulier; une des évacuations a été muqueuse et sanglante, les autres foncées. Calomel toutes les trois heures, vésicatoire à la nuque.

23 avril. — Mêmes symptômes, mais aggravés; délire violent de temps à autre avec cris, alternant avec un état semi-comateux. La malade resta ainsi jusqu'à sa mort, qui arriva à deux heures du matin, le 25; la face et les lèvres restèrent rouges jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — La cavité tympanique contenait une matière scrofuleuse. La membrane muqueuse de la caisse était très rouge; distension considérable de ses capillaires. La totalité du rocher et la dure-mère qui le recouvre avaient aussi une coloration rouge foncé, due à la distension des vaisseaux sanguins.

OBSERVATION VI

Catarrhe de la membrane muqueuse du tympan à la suite de rougeole; méningite. — Mort; rocher non carié; abcès de la substance cérébrale; partie adjacente du cerveau normale.

M^{me} K., veuve, 26 ans, diathèse scrofuleuse; vie sédentaire; confectionneuse de coiffures militaires, entra dans le service du docteur Merriman au dispensaire général de Westminster pour une toux, le 7 janvier 1846.

Le 26, elle éprouva de l'otalgie du côté droit et raconta alors qu'elle était sujette à un écoulement de cette oreille depuis une attaque de rougeole qu'elle avait eue dans son enfance; la sécrétion était parfois très fétide. Avant l'attaque actuelle, elle n'avait jamais eu d'otalgie; mais elle aurait éprouvé de violents maux de tête pendant douze au seize mois; elle en perdait parfois la mémoire et avait de forts vertiges. Elle avait aussi singulièrement déperî. Je ne pres-

crivis d'abord que des fomentations, puis des sangsues; mais sans le moindre bénéfice. La douleur s'aggrava beaucoup, la malade disait parfois qu'il lui semblait qu'on lui enfonçait un couteau dans l'oreille. Dans les paroxysmes du mal, la patiente se mettait tout à coup à crier, puis ne pouvait plus ouvrir la bouche. A deux reprises, on vit apparaître un léger écoulement, qui n'apporta aucun soulagement. Quand la douleur s'apaisait un peu, la malade tombait dans la somnolence. Le 17 février, elle perdit connaissance, montrant pourtant encore la langue, quand on lui disait à voix haute de la sortir, puis retombait dans le coma.

Elle mourut dans la soirée du 17, vingt-trois jours après le début de l'attaque d'otalgie.

Ces deux observations nous permettent de compléter le tableau qu'a tracé M. le docteur Miot de la méningite consécutive aux lésions inflammatoires de l'oreille. Les quelques réflexions dont nous avons fait suivre nos premières observations ne s'appliquant qu'aux cas de délires consécutifs à des méningites essentiellement passagères et très localisées.

Mais quand le processus inflammatoire devient plus étendu, plus profond en quelque sorte, la scène change complètement et les malades, de simples délirants momentanés qu'ils étaient, deviennent des méningitiques d'un ordre spécial; car, comme le dit fort bien M. le D^r Miot, on aura soin de ne pas confondre la méningite symptomatique d'un état pathologique de la caisse avec une autre méningite.

Pour arriver à ce but, on demandera s'il n'y a pas eu une suppression rapide d'un écoulement purulent de l'oreille. On se rendra compte de l'état de la perception crânienne avec la montre et le diapason, pour

savoir si la sensibilité acoustique est complètement détruite. Cette connaissance utile rendra le pronostic plus réservé et engagera peut-être le médecin à étudier son malade avec soin. Malgré toutes les investigations, si le doute existe, on examinera attentivement l'état général du malade, et l'on tâchera de savoir dans quelles circonstances sont survenues les dernières complications.

Quoi qu'il en soit, à mesure que s'accroît l'extension du processus inflammatoire aux méninges, l'intelligence, conservée dans les premiers temps, devient de plus en plus obtuse et les réponses se font plus longtemps attendre ou sont beaucoup moins nettes. La face pâle est fortement colorée aux pommettes, les yeux sont excavés, à demi-fermés. Le pouls est fréquent et assez régulier. La langue est blanchâtre et n'offre pas un aspect caractéristique. Peu à peu l'agitation et le délire sont remplacés par le coma et le silence. Par intervalles, le malade sort de la mort apparente pour pousser quelques mots entrecoupés ou quelques soupirs plaintifs. Cependant, une excitation forte tire momentanément le malade de son accablement, de son assoupissement; et lorsque la maladie ne touche pas encore à sa fin, il est possible d'obtenir quelques réponses du moribond. Bientôt le coma se prononce, des paralysies surviennent, les sphincters se relâchent et l'agonie commence.

Les phénomènes délirants d'ordre méningitique sont donc indiscutables. D'ailleurs, dans un certain nombre de cas, il y a eu la sanction de l'autopsie. Mais comment se fait cette propagation ?

L'opinion générale, relativement au mode de progression des affections de l'oreille vers le cerveau, dit Toynbee, paraît être que l'os se carie, que la dure-mère s'ulcère, que l'arachnoïde, la pie-mère et enfin la substance cérébrale participent à la maladie, comme le résultat d'une extension directe de l'inflammation de l'oreille. L'examen attentif des lésions trouvées à l'autopsie de certains cas montre que la maladie ne procède pas toujours de l'oreille au cerveau par voie de continuité ; en effet, on voit des exemples d'abcès développés dans le cerveau, sans ulcération de la membrane muqueuse, du tympan ou sans carie de l'os. Il semblerait qu'une irritation chronique du tympan, produite par l'inflammation de sa membrane muqueuse, suffise en l'absence d'un libre passage pour l'écoulement des produits de sécrétion, à amener la production d'un abcès dans la substance du cerveau.

Le docteur Abercrombie dit : « Il y a des raisons de croire qu'une large suppuration de la cavité tympanique est capable d'entraîner des symptômes graves, surtout si la matière éprouve quelque difficulté pour son évacuation ; mais les témoignages apportés par l'autopsie prouvent que ces symptômes graves s'associent avec des lésions cérébrales sans que le rocher soit carié.

La marche de la maladie vers le cerveau peut donc être très insidieuse. Dans certains cas, aucun symptôme n'avertit le malade d'une complication cérébrale jusqu'à la brusque apparition des symptômes aigus. Le simple fait d'une otorrhée revenant

de temps en temps, dit Toynbee, doit engager le médecin à faire une investigation attentive.

Les causes déterminantes des symptômes cérébraux aigus sont variées ; un coup sur la tête, des exercices violents, un rhume, des applications stimulantes ou toute influence dépressive peuvent en provoquer l'apparition. Parfois, on ne saurait découvrir d'autre cause excitante que le progrès de l'affection chronique de l'oreille.

L'un des premiers symptômes qui annoncent que la maladie va revêtir une forme aiguë, c'est l'interruption de l'écoulement ; ce phénomène est le résultat de l'action inflammatoire et il s'associe si souvent avec le début des symptômes aigus que cet arrêt de l'écoulement a été considéré, non comme l'effet, mais comme la cause de l'inflammation aiguë.

C'est tout à fait, croyons-nous, le cas de M. Dourebente (1) ; c'est celui d'un voyageur de commerce, âgé de 42 ans, qui a fait deux séjours à l'asile des aliénés de Blois et qui souffre depuis dix ans d'une otorrhée. Ce malade présente ceci de particulier, c'est que le délire éclate dès que l'écoulement cesse et que la guérison a deux fois déjà coïncidé avec le retour de l'écoulement purulent de l'oreille.

(1) Cité par Alb. Robin.

OBSERVATION VII

**Manie consécutive à un abcès ; guérison par l'ouverture de l'abcès,
par le docteur W. Rhyss Williams**

Un homme de 36 ans, marié, laborieux, avait toujours joui d'une bonne santé. Trente jours avant son admission à l'hôpital, il était devenu morose, abattu et son langage était incohérent. Il s'imaginait à chaque instant qu'il était occupé à faire partir des fusées au château d'Edimbourg. Toute la journée il tempêtait, blasphémait, disant qu'il voyait des diables, et que tous ses actes étaient influencés par un pouvoir électrique. Toutes les nuits il était agité, bruyant et privé de sommeil.

C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital.

Au bout de quelques jours, il était plus calme, mais demeurait silencieux, refusant de répondre à aucune question. Au bout de quinze jours, il devient de nouveau excité, gesticulant et s'adressant à lui-même des paroles incohérentes. La santé générale était bonne, mais il était pâle et maigre. Ceci se passait en février 1876. En novembre, on constate un écoulement purulent abondant par l'oreille gauche. D'après le malade cet écoulement remontait à plusieurs mois ; l'ouïe ne paraissait pas atteinte. Peu à peu, un empatement diffus se déclara au niveau de l'apophyse mastoïde, il envahit bientôt la portion écailleuse du temporal. Lorsqu'on pressait sur cette dernière région, l'écoulement devenait plus abondant. Le gonflement augmente de plus en plus pendant un mois, mais le malade était tellement violent et irascible qu'il était impossible de l'examiner sérieusement.

Le 13 décembre l'abcès fut ouvert et la raison revint aussitôt. L'écoulement par l'oreille disparut complètement,

(1) *The lancet*, 28 avril 1878.

quinze jours plus tard on agrandit l'incision. La première incision avait été faite à la partie la plus déclive, à trois pouces environ au-dessous de l'apophyse mastoïde, en arrière du sterno-cleido-mastoïdien. La seconde incision, pratiquée le 9 janvier, avait pour but de remédier à la tendance qu'avait la plaie à se fermer, surtout dans sa partie inférieure. La collection purulente paraissait limitée en avant par la parotide, en dedans par la jugulaire interne. L'exploration ne révéla aucune dénudation osseuse. Il n'y eut pas de surdité consécutive. La lésion était donc probablement située en dehors de la membrane du tympan.

Cette observation est encore plus concluante que les précédentes. Que ce malade soit héréditaire ou non, il n'en est pas moins démontré que l'otite purulente seule a été la cause de son état maniaque et de ses conceptions délirantes. La seule preuve en est dans le résultat obtenu, c'est-à-dire le retour immédiat de la raison après l'ouverture de l'abcès et l'évacuation du pus.

De ce fait, il faut en rapprocher d'autres que l'on trouve cités dans la thèse de M. Albert Robin. Un malade de Th. Browne présentait depuis sept ans des signes de folie, quand le hasard fit découvrir une otite ancienne, dont la guérison fut suivie de la disparition de cet état mental de si longue durée.

M. Brow-Séquard, dit M. A. Robin, m'a raconté l'histoire d'un malade auprès duquel il fut appelé par le docteur Elmyrn, de New-York, et que l'on croyait atteint de paralysie générale. M. Brown-Séquard en lui percuttant le crâne, déterminait une vive douleur au niveau de l'apophyse mastoïde ; puis, l'attention

étant éveillée sur ce point, on reconnut l'existence d'une collection purulente dont l'ouverture amena la disparition complète de cette pseudo-paralyse générale.

Nous nous demandons si nous devons classer ces cas et d'autres semblables parmi les délires résultant d'une extension de l'inflammation aux méninges. En tous cas, il a été très-heureux pour ces malades, que l'intervention chirurgicale ait fait cesser leurs troubles intellectuels, en guérissant l'otite, comme dans le cas de Browne, ou en donnant passage au pus comme dans celui de Rhyss Williams. Il est très sûr que ces troubles intellectuels étaient d'un sombre pronostic et que la simple irritation cérébrale se serait transformée en maladie mentale confirmée, à moins que l'extension des phénomènes inflammatoires ne les ait rapidement emmenés par une méningite ou un abcès du cerveau. Les troubles intellectuels si légers qu'ils soient, consécutifs à une otite, doivent donc éveiller l'attention du médecin, et celui-ci doit les considérer comme des symptômes avant-coureurs d'une complication beaucoup plus grave, et traiter l'affection primitive en conséquence.

M. Schiffers (1), de Liège, croit que dans certains cas on peut attribuer la production des troubles intellectuels à une méningite à forme chronique d'emblée. Il cite à l'appui de son opinion une observation des plus intéressantes.

Il s'agissait d'un catarrhe purulent de la caisse,

D^r Schiffers. — *Des Troubles psychiques en rapport avec les Maladies de l'oreille. Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, 1884.*

dans le cours duquel on a dû faire l'ouverture de l'apophyse mastoïde avec extraction de séquestres. Il s'établit de cette façon une nouvelle communication entre l'oreille moyenne et l'extérieur. L'écoulement du pus avait dès lors deux issues ainsi que le liquide employé en irrigations. Le malade, âgé de 66 ans, d'une intelligence ordinaire, était fondeur en cuivre. L'affection de l'oreille, qui durait depuis longtemps, avait été accompagnée de douleurs vives du côté malade (gauche) et, à un moment donné d'une paralysie faciale qui s'était peu à peu dissipée. Les douleurs n'avaient guère cédé qu'après l'opération, qui fut pratiquée au commencement du mois d'août 1882. C'est vers le 6 décembre de la même année que le malade présenta des troubles intellectuels avec phénomènes d'excitation et tendance au suicide. Quelques semaines avant, il était devenu triste, abattu, porté à la mélancolie. Après avoir vainement essayé de se détruire au moyen d'un rasoir, puis d'un pistolet, il s'était précipité un jour au bas des escaliers ; il eut une légère plaie de tête, qui guérit en quelques jours. Le 8 janvier 1883, il parvint à échapper à la surveillance de sa famille ; il alla se jeter sous les roues d'une charrette et succomba, le 12 du mois, à des lésions multiples du côté des poumons et des côtes. On n'a pu malheureusement en faire l'autopsie. Seulement, M. Schiffers a recueilli des renseignements de la fille du malade, qui est institutrice et le soignait avec intelligence. L'écoulement du liquide se faisait comme dans les jours suivant l'opération ; dans les dernières semaines, il laissait cependant à dési-

rer, il s'écoulait peu de pus. Le malade n'aurait pas présenté de phénomènes de méningite cérébrale ; depuis longtemps, il ne se plaignait plus de céphalalgie ; ce qui arrivait assez souvent avant l'opération. L'appétit était bon, les selles régulières, le malade ne vomissait jamais, il dormait peu et n'avait pas de fièvre. Il n'y avait pas d'antécédents héréditaires ; il faut relever seulement dans les anamnestiques que le malade avait dans le temps fait abus d'alcooliques, ce qui aura très probablement agi fortement chez lui comme cause prédisposante.

Il n'en est pas moins vrai que la pathogénie des troubles intellectuels n'est pas élucidée ; la méningite à forme chronique d'emblée est cependant la cause qui nous paraît devoir être admise dans ce cas, car le pus avait une issue au dehors ou tout au moins ne pouvait s'accumuler en assez grande quantité pour produire des phénomènes de compression.

II

OBSERVATION VIII (1)

Aliénation mentale consécutive à une fracture du rocher, par M. Royé,
interne à l'asile de Montpellier

Le 16 janvier 1878, entrant pour la première fois à l'asile des aliénés de Montpellier, la nommée A. D., âgée de 31 ans, née dans le département de la Dordogne. Orpheline

(1) *In Montpellier médical*, 1880, n° 4, p. 345.

très jeune, caractère insubordonné et hautain, très mobile et très irascible. A 16 ans, commence une vie de débauche à Paris. Le 6 juin 1875 commet un assassinat à T... et cherche à se donner la mort en se tirant un coup de revolver sous le menton. La balle fit une ouverture d'entrée à un centimètre en avant de l'angle de la mâchoire du côté gauche et alla se loger dans le rocher du même côté, après avoir fracturé la paroi antérieure du conduit auditif externe.

Phénomènes morbides peu intenses puisqu'elle fut condamnée, le 19 août de la même année, à douze ans de travaux forcés et à cinq ans de surveillance. Transférée à la maison centrale le 28 octobre 1875, elle subit sa peine jusqu'au 19 janvier 1878, époque à laquelle elle fut admise à l'asile.

Pendant toute la première année de détention, D... se plia assez facilement au régime de la maison centrale; elle n'avait point de punitions et travaillait avec habileté à son ouvrage de couture; mais plus tard, dit le médecin de la maison centrale dans son certificat : « D... devint de plus en plus distraite, supportait mal les observations..., se plaignait que ses aliments étaient empoisonnés..., et formulait des plaintes avec des airs d'importance et de grandeur. » Enfin, transférée à l'asile des aliénés, M. le professeur Cavalier certifiait, le 1^{er} février 1878 : « Que cette malade était atteinte de lypémanie, avec perversions sensorielles de la vue, de l'ouïe, du goût, probablement des autres sens et de la sensibilité générale. »

Pendant tout le temps de son séjour à l'asile, l'état psychique de cette malade est resté stationnaire et le meilleur résumé de ce délire se trouve assurément dans le passage de la lettre que M. Cavalier adressait à M. le préfet de l'Hérault : « D..., sans spécifier nettement la situation sociale et personnelle qu'elle croit avoir, s' imagine être supérieure à tous, avoir à sa disposition de très hautes influences et être en relation avec de grands personnages. Comme contre-partie, elle s' imagine être jalousée et même persécutée.

tée par tous ceux qui ont du pouvoir dans la maison et aussi par certaines de ses co-détenues. Ce délire est entretenu, corroboré et même exalté par des perversions sensorielles, surtout de la vue (illusions). »

Etat physique. . . D... était de petite taille, d'une complexion assez faible; tempérament nerveux, et quelques mois après son admission à l'asile, on constate les signes de la tuberculisation pulmonaire. Mort, le 3 mars. Du côté de l'oreille gauche, on remarquait un écoulement muco-purulent assez abondant et qui a résisté à tous les traitements. En faisant pénétrer un stylet dans le conduit auditif externe, on ne tardait pas à être arrêté par un corps dur, qui n'était autre chose que la balle de revolver. La malade n'entendait pas du côté gauche, mais elle parlait avec beaucoup de facilité et n'éprouvait aucune peine, soit pour mâcher, soit pour avaler ses aliments.

Autopsie. — Emaciation considérable. Œdème des membres inférieurs; au cou, il existe du côté gauche, immédiatement en dedans du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur et à la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de cet os, une cicatrice blanche ayant à peu près le diamètre d'une pièce de vingt centimes. A ce niveau, la peau est souple et n'est pas adhérente avec les parties sous-jacentes. Le conduit auditif du même côté présente une teinte violacée, et on constate les traces d'une suppuration abondante. Immédiatement en avant de l'oreille, il existe une tache noirâtre de trois centimètres de long sur deux de large.

Les organes thoraciques présentent les lésions de la tuberculose.

Crâne. — Les parois du crâne paraissent un peu plus épaisses qu'à l'état normal. Léger épanchement sous-arachnoïdien, les méninges paraissent normales, si ce n'est au niveau de la face antérieure du rocher du côté gauche. Là, on remarqua d'abord sur la face antérieure de la dure-mère une coloration brunâtre diffuse; mais si l'on regarde plus at-

tentivement cette membrane, on y voit de petits ilots bruns, et au centre de ces ilots des globules de pus. En la séparant de l'os, on constate que la coloration brunâtre est plus intense et les globules de pus en plus grande abondance que sur le côté opposé.

La pie-mère de cette région est intimement unie avec la substance corticale et lorsqu'on cherche à détacher cette membrane, on enlève en même temps des portions de pulpe cérébrale. Il existe sur tout le lobe temporal gauche du cerveau, les lésions caractéristiques de la méningo-encéphalite.

Temporal gauche. — La face antérieure du rocher paraît soulevée. Sur cette même face, il existe en arrière et en dehors de l'hiatus de Fallope une perte de substance qui permet l'introduction d'un stylet de trousse, et qui communique avec l'oreille moyenne. De ce trou, il part deux fissures : une en arrière très-courte ; la seconde est dirigée de dehors en dedans et s'étend jusqu'au trou ovale...

La paroi antérieure du conduit auditif externe est complètement détruite et ce conduit communique avec la caisse du tympan et la cavité glénoïde.

La chaîne des osselets n'existe plus. La cavité glénoïde, le tubercule zygomatique, le condyle articulaire et l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur présentent les signes de la carie.

Quant à la balle, elle est logée dans la partie du rocher qui se trouve immédiatement en dedans de la cavité glénoïde, et elle n'a pu arriver à cet endroit qu'en suivant de bas en haut et d'avant en arrière la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur et en traversant ensuite l'échancrure sigmoïde de cet os.

Cette observation a suggéré à M. Boyé les réflexions suivantes :

1° Cette femme était-elle aliénée au moment où elle a commis son crime ?

2° Quelle part doit-on attribuer à la blessure de la tête et au nouveau genre de vie de la malade, dans la production de l'aliénation mentale ?

Pour répondre à la première question, je crois qu'il est utile de rappeler au lecteur que D..... avait un caractère très mobile et très irascible ; que de plus, la vie qu'elle menait depuis un assez grand nombre d'années avait eu sans doute pour conséquence d'émousser en elle toute espèce de sentiments.

En présence de cette absence de sentiments moraux, de ce caractère irascible, de ce dégoût de la vie, de sa condamnation à 12 ans de travaux forcés et cinq ans de surveillance, du rejet du pourvoi en cassation, de sa bonne conduite pendant plus d'un an à la maison centrale, on a le droit de conclure que D..... a agi dans la plénitude de sa raison, et qu'elle était responsable de son crime.

Quant à sa tentative de suicide, elle n'est que la conséquence de son homicide, et si Esquirol et Bourdin ont soutenu que le suicide est toujours une maladie et toujours un acte d'aliénation mentale, je dirai avec Legrand du Saulle, ainsi qu'avec la majorité des médecins et des moralistes de notre époque, que le meurtre de soi-même n'est pas toujours un acte insensé, et qu'il n'est point invariablement dépourvu de liberté morale.

La présence de la balle dans le rocher a amené soit par contact, soit par voisinage les désordres qu'a révélés l'autopsie (carie, méningo-encéphalite), et c'est ce corps étranger qui est la cause première d'aliénation mentale chez cette malade. On se trouve

ici en présence d'une cause physique déterminante de premier ordre et comme le dit Sédillot dans sa médecine opératoire : « Il faut que les praticiens se fonde sur quelques faits complètement exceptionnels pour soutenir que des corps étrangers, tels que balles, peuvent rester dans le crâne sans y provoquer d'accidents. » Les lésions du rocher, d'après Brouardel, amènent très souvent des troubles cérébraux.

La détention est venue ensuite dans une certaine mesure à aider à la réalisation de la folie chez D..... La puissance de l'habitude est telle, d'après Cabanis, qu'on ne passerait pas sans danger du plus mauvais régime au régime le plus sage et le meilleur. Or, dans le cas présent, la vie de la maison Centrale était assurément trop sage pour D..... Cette fille se livra à l'onanisme dès qu'elle fut détenue, et l'on a là la seconde cause qui vient s'ajouter à l'action si puissante de la lésion anatomique.

OBSERVATION IX

Prise dans le service de M. Pierret. — Asile de Bron

Délire des persécutions avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité. Hérité probable. Lésion auriculaire double plus prononcée du côté gauche et produisant de ce côté certaines sensations de nature particulière, devenant le point de départ de conceptions délirantes à tournure spéciale.

M^{lle} D..., née à Cublize (Rhône), entrée à l'Antiquaille en 1873, à l'âge de 47 ans et de là transférée à l'asile de Bron, en 1876.

Antécédents héréditaires. — Les renseignements font

totalemeut défaut, et nous sommes ici obligé de nous en rapporter à la malade. Elle nous apprend qu'un de ses cousins germains, du côté paternel, a été interné à l'Antiquaille à l'âge de 40 ans, pour imbécillité, qu'un de ses frères était simple d'esprit, prenait des crises (?), pouvait à peine prononcer quelques mots, était arrivé à l'âge adulte incapable de la moindre occupation et devait être constamment surveillé comme un enfant.

Un autre frère était un buveur incorrigible.

Antécédents personnels. — M^{lle} D... a longtemps joui d'une bonne santé et a toujours été très bien réglée. Elle tenait une épicerie à Lyon, lorsqu'elle fut ruinée par les événements de 1870, et obligée de cesser son commerce après avoir éprouvé de violents ennuis. Dénuée de toutes ressources, elle se retira dans son pays, et là, dit-elle, un jour qu'elle était restée longtemps en plein air, elle ressentit dans toute la tête des douleurs violentes, accompagnées de mal de gorge et d'élancements dans l'oreille gauche qui devint pendant trois semaines environs le siège d'un écoulement assez abondant et qui cessa sans aucun traitement.

C'est vers cette époque que doit vraisemblablement se placer le début des premiers symptômes d'aliénation, sans que l'on puisse affirmer que l'affection mentale ait précédé ou suivi la lésion de l'appareil auditif.

Quoi qu'il en soit, M^{lle} D..., revenue à Lyon, où elle était dans une grande misère sans pouvoir trouver du travail, commença « à souffrir de l'électricité que lui envoyaient ceux qui l'empêchaient de trouver de l'ouvrage, » et qui du reste lui sont complètement inconnus.

Elle éprouvait la sensation d'un fil électrique lui traversant l'oreille gauche et lui occasionnant des douleurs plus ou moins vives, souffrait de céphalalgies violentes, de courbatures, de fatigues, de piqûres dans tout le corps. La nuit elle voyait des animaux, des figures bizarres, entendait des deux oreilles des voix que parfois elle reconnaissait et lui faisaient des reproches.

Lassée et ne pouvant plus supporter toutes ces misères, elle alla se plaindre à différents magistrats, fut arrêtée et internée à l'Antiquaille.

A l'époque actuelle, M^{lle} D.... présente un délire des persécutions bien systématisé, avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, avec très peu de tendance à la démence, malgré la longue durée de son délire.

Elle entend des deux oreilles des voix qui lui font des reproches, l'injurient et qu'elle connaît parfois, mais, chose singulière, elle éprouve des tiraillements, des bourdonnements dans l'oreille gauche exclusivement.

L'oreille gauche seule est le siège d'une sensation de « *fil électrique* », d'une crépitation électrique, paraissant sortir de son traversin pendant la nuit, et dont l'intensité diminue beaucoup quand elle fait le mouvement d'enrouler le fil électrique qui la tourmente tant. Elle insiste sur ce mouvement, et le répète plusieurs fois devant nous.

En outre, l'électricité lui fait éprouver des douleurs dans la tête, de la courbature, de la lassitude et des sensations bizarres dans tout le corps, et en agissant sur ses aliments, lui donne de vives douleurs gastriques. Ces douleurs sont plus ou moins vives et subissent l'influence de certaines causes, des changements de température par exemple, qui en augmentent généralement l'intensité. Dernièrement, M^{lle} D.... eut une légère angine qui lui occasionna des douleurs assez vives dans l'oreille, en accentuant beaucoup la sensation de fil électrique.

Le soir, on lui fait voir comme des ombres chinoises représentant des animaux, des figures hideuses à voir, mais elle n'a aucune idée sur l'auteur de ces sensations, elle sait seulement qu'elles sont dues à l'électricité.

La mémoire est intacte, on constate une légère excitation permanente arrivant à un degré plus prononcé quand « l'électricité est plus forte ». A la suite d'un examen un peu prolongé, la malade devient plus incohérente et se sert d'expressions incompréhensibles pour désigner certaines de ses idées délirantes.

État physique. — Taille moyenne, corps large, ventre gros, les pieds sont minces, très longs et présentent la déformation dite du pied plat. La malade n'a jamais pu fournir une longue marche. La face est large, colorée; les yeux ont un regard très vif et un peu fixe.

Les dents sont mauvaises, beaucoup manquent. Les incisives inférieures qui sont conservées sont espacées et paraissent mal implantées.

Le palais est excavé, les oreilles soudées.

Le crâne est conique, un peu aplati en arrière.

L'examen otoscopique pratiqué par M. le professeur agrégé Levrat a donné les résultats suivants :

Oreille gauche : Déformation du tympan, saillie en forme de pli.

Otites moyennes anciennes. Adhérences dans la caisse.

Oreille droite : On aperçoit à travers le tympan des points blancs qui peuvent être regardés comme des adhérences d'otites anciennes.

Bien que cette observation ne présente pas une symptomatologie aussi attrayante que celles que nous avons examinées jusqu'à présent, elle n'en est pas moins d'intérêt. On peut se demander si cette malade, dans les antécédents de laquelle on relève des tares cérébrales, serait fatalement devenue aliénée, sans la complication qui est survenue du côté de l'appareil auditif et qui paraît avoir été la cause déterminante de ses conceptions délirantes.

Il est infiniment probable que M^{lle} D... était destinée, à cause de ses antécédents héréditaires, à finir ses jours dans un asile. Mais si la lésion auditive a joué un rôle secondaire dans la production du délire, il n'en est pas de même dans la manifestation de ce délire.

Une lésion chronique d'emblée, occasionnant des sensations subjectives douloureuses et de longue durée était bien faite pour ébranler ce cerveau déjà fortement atteint. Aussi voit-on la malade, dès le début, tout rapporter aux phénomènes qu'elle éprouve dans l'oreille. De ces sensations subjec-

tives mal interprétées au délire de persécution, il n'y avait qu'un pas. La malade l'eut vite franchi ; aussi son internement eut-il lieu peu de temps après les premières manifestations.

La maladie de l'oreille a donc chez cette malade hâté l'évolution des troubles psychiques, imprimé à ceux-ci un cachet spécial, déterminé l'apparition de sensations subjectives, chroniques comme la lésion elle-même, et qui mettent ce cerveau déjà préparé sur le chemin de la démence.

OBSERVATION X

Prise dans le service de M. Pierret. — Asile de Bron

**Surdité, délire de persécutions, hallucinations de l'ouïe,
vertige de translation**

Françoise M..., âgée de 28 ans, entrée à l'asile de Bron le 28 novembre 1882. Pas d'antécédents héréditaires ; sa mère est cependant très nerveuse, mais n'a jamais eu de crises.

A toujours été mal réglée, ses époques devançant toujours. Leucorrhée. Cette malade, qui est mariée, a eu un enfant il y a 6 ans. Depuis elle s'est toujours mal portée, a toujours été malade, irritable. Deux fausses couches n'ont peut-être pas peu contribué à ébranler son système nerveux déjà atteint. La première eut lieu à six mois, il y a cinq ans et fut suivie d'une péritonite ; la seconde, cinq mois avant son entrée à l'asile.

A l'âge de 12 ans, elle s'introduisit un grain de maïs dans l'oreille droite ; ce grain séjourna deux ans dans l'oreille, qui, malgré cette cause prolongée d'irritation, n'aurait jamais été le siège d'un écoulement. On trouve au cou et aux bras des cicatrices de nature scrofuleuse.

Depuis, elle a toujours été d'un caractère sombre, taci-

turne ; rien ne lui faisait plaisir. Deux mois avant son entrée, elle devint beaucoup plus triste, se plaignit de perdre la mémoire, devint de plus en plus lypémanique, eut des idées de suicide et voulut se brûler la cervelle.

Par moments, disent les personnes qui l'accompagnent, on la voit se débattre violemment, elle s'excite, parle haut ; puis un peu de calme succède à ces accès qui se renouvellent quelquefois deux ou trois fois par heure.

A son entrée, elle est très agitée, enlace son mari dont elle ne veut pas se séparer, regarde avec effroi autour d'elle, criant au secours. Elle voit près d'elle des hommes à mauvaise mine qui viennent la chercher pour la faire mourir.

Cette période d'excitation dura à peu près trois semaines, jusqu'au 15 décembre. Des bains quotidiens de deux heures l'avaient notablement calmée ; à cette époque, l'intelligence était lente, la mémoire considérablement affaiblie. Depuis ce moment, l'état maniaque alla toujours en s'améliorant.

Le 3 février 1883. — On l'examine de nouveau ; elle paraît beaucoup plus raisonnable, le sommeil est revenu, les nuits sont calmes ; la *surdité est toujours complète* des deux côtés, mais elle essaye de comprendre au mouvement des lèvres. Elle éprouve de temps en temps des bourdonnements et des douleurs dans les oreilles. L'examen otoscopique ne révèle rien d'anormal. Les deux conduits ne présentent pas de concrétion cérumineuse. La membrane du tympan apparaît avec sa coloration habituelle. La montre placée sur le temporal ne donne qu'une très légère impression ; la surdité est à peu près égale des deux côtés. L'examen auquel on soumet la malade, et les opérations qu'il nécessite, paraissent l'inquiéter un peu. Il semblait qu'elle répondait à des paroles prononcées par des personnages visibles pour elle seulement.

Mémoire encore affaiblie ; elle ignore comment elle est tombée malade.

Même état jusqu'au mois de mars. A cette époque, elle se plaint beaucoup d'entendre des voix qui lui parlent, lui de-

mandent de ses nouvelles ; elle reconnaît plusieurs de ces voix. La nuit son sommeil est troublé par des rêves, elle revoit sa maison, ses enfants. Elle souffre beaucoup de cette situation qui dure près de deux mois.

Au mois de mai, la scène change, elle éprouve des douleurs très vives dans l'oreille droite ; en même temps, elle entend des bruits d'orage, on se bat autour de son lit, on le déplace, on le tire à gauche. Ce vertige de translation, qui dure assez longtemps est, pour ainsi dire, la dernière étape de sa maladie.

Des injections d'eau tiède dans les oreilles, des mouches de Milan aux apophyses mastoïdes la soulagèrent, car les hallucinations devinrent de moins en moins fréquentes, les voix se turent peu à peu ; de temps à autre, elle entendait encore des bruits d'orage, puis, tout rentra dans l'ordre. Cette malade sortit de l'asile complètement guérie au point de vue mental, mais sans grand progrès en ce qui concerne la surdité.

Un accès de manie, compliqué de délire de persécution survenant chez une malade atteinte de surdité, n'est pas une chose bien surprenante ; aussi, nous n'aurions pas publié cette observation, s'il n'était survenu, à la période de déclin de la psychose, des phénomènes d'un ordre spécial qui ont attiré notre attention et attaché à cette observation un intérêt particulier.

La malade éprouve tout à coup, sans qu'on puisse en connaître la cause, des douleurs très vive dans l'oreille.

Immédiatement apparaissent des hallucinations auditives, des bruits subjectifs et en dernier lieu un vertige tout spécial. Ces trois phénomènes étaient certainement liés à l'affection auditive qui est venue

se surajouter à la surdité. Que s'est-il passé du côté de l'oreille interne ? Nous l'ignorons ; en tous cas, ce devrait être une lésion passagère, peut-être une simple poussée congestive, car un traitement très simple fit bientôt disparaître ces symptômes inquiétants. Voilà donc encore un cas dans lequel le délire a été modifié par une lésion de l'appareil auditif, et il présente ce double intérêt que le mouvement de translation était perçu non seulement par la maladie, mais encore rapporté à un objet extérieur, c'est-à-dire au lit sur lequel elle était couchée.

OBSERVATION XI

Prise dans le service de M. Pierret. — Asile de Bron.

Maladie de Ménière, névropathie, hypochondrie, surdité à gauche, vertiges rotatoires uni-latéraux, bruits auditifs subjectifs, tintements, bourdonnements

M^{me} M..., 41 ans, entrée à l'asile de Bron le 18 octobre 1882. Son père serait mort d'une affection nerveuse.

Antécédents pathologiques : a eu trois enfants bien portants. Pas de fausses couches. Petite vérole dans la jeunesse. A toujours été d'un tempérament nerveux, aussi a-t-elle pris beaucoup de bromure de potassium. Rétroversion utérine ; a toujours été réglée, mais mal. La malade prétend avoir toujours vécu en mauvaise intelligence avec sa mère et s'être mariée pour la quitter.

Il y a quatre ans, elle fit un séjour à l'hôpital pour une *névrose*, elle avait du vertige, de la céphalalgie, marchait difficilement en se tenant aux meubles ; elle disait qu'elle

marchait sur du coton, du caoutchouc, que le terrain vacillait sous ses pieds.

Deux ans avant l'entrée à l'asile, surdité très accusée à gauche.

Époque de la manifestation des troubles psychiques.

— Quinze jours avant son entrée à l'asile, la malade est devenue très irritable. Son fils ne travaillait pas, n'ayant pas d'ouvrage, et cependant il se trouvait en possession de quelque argent dont il ne voulait pas indiquer la provenance. En apprenant que c'était sa mère qui avait donné cet argent à son fils, elle entra dans une grande fureur, sa raison s'égarait et elle quitta le domicile conjugal.

Une nuit, elle rentra tout en sueur, disant qu'elle avait couru beaucoup, parce que lorsqu'elle marchait à son pas ordinaire la route *vacillait* et la *soulevait* comme auraient fait des vagues.

Depuis, perte de sommeil et de l'appétit.

A l'entrée. (Elle était déjà plus calme depuis cinq ou six jours); elle se rend bien compte de sa position, raconte qu'elle est *très nerveuse*, *qu'elle se fâche* pour un rien; ne se plaint que de sa mère qu'elle accuse de vouloir détourner ses enfants, de leur fournir de l'argent pour les pousser à l'inconduite.

Pas d'illusions, pas d'hallucinations des sens.

Les fonctions organiques s'exécutent normalement. Rien aux poumons; au cœur, battements énergiques mais sans souffle. Fonctions digestives à peu près normales. Les menstrues peu copieuses devancent depuis le dernier accouchement.

État intellectuel. — La malade ne présente aucun délire systématisé; elle se plaint seulement d'être très nerveuse, très irritable, souffre de petits malaises comme on les observe souvent chez les hystériques; constrictions à la gorge, frissons généralisés sans autre symptôme fébrile, hyperesthésie du cuir chevelu à la région occipitale.

Elle s'aperçoit très bien qu'elle est capricieuse, a tantôt envie de rire, tantôt envie de pleurer, sans motif suffisant. Elle

présente aussi une certaine tendance *à tout voir en noir*, a peur de ne pas guérir, etc. Elle complète les renseignements précédents en nous disant que les bourdonnements d'oreille ont commencé il y huit ans environ et qu'ils sont toujours allés en augmentant, de sorte qu'ils n'ont jamais été aussi prononcés que maintenant. Les vertiges ont paru en même temps que les bourdonnements d'oreille, mais ils n'ont pas suivi la même marche; ils se sont présentés d'une façon irrégulière et depuis quelque temps, ils sont rares (rien depuis un mois) très courts et peu intenses. Il n'y a jamais eu du côté de l'oreille de complications inflammatoires ni d'otorrhée. Elle a de la tendance à attribuer ces vertiges à des troubles de digestion; elle fut même traitée pour une gastrite par un médecin de la Croix-Rousse. Mais nous croyons qu'il y avait là erreur de diagnostic et que cette malade présentait simplement un des symptômes classiques de la maladie de Ménière. Elle vomissait dès qu'elle avait des vertiges, mais la disparition des vertiges entraînait celle des vomissements. Ils étaient toujours précédés d'un tintement très net dans l'oreille gauche, puis la malade tournait toujours du même côté de gauche à droite.

SIGNES PHYSIQUES. — *Sensibilité*. — La sensibilité paraît conservée des deux côtés.

Ouïe. — Plus faible à gauche qu'à droite; est le siège de bourdonnements plus forts à gauche.

La sensibilité ovarienne semble exagérée à gauche par la pression. Quand la malade se tient debout en fermant les yeux, elle se sent peu solide et a peur de tomber.

Motilité. — La force musculaire du membre supérieur gauche paraît beaucoup moins grande qu'à droite.

Pas de tremblements, pas d'ataxie des mouvements.

État général. — Anémie, digestions difficiles, appétit bizarre et capricieux. La menstruation est normale et régulière depuis quelque temps seulement.

Actuellement, la malade est toujours un peu nerveuse, exci-

table, mais beaucoup moins hypochondriaque depuis que ces vertiges ont diminué d'intensité et de fréquence.

Nous nous trouvons en présence d'un cas d'hypochondrie et même de délire de persécution occasionné par le vertige de Ménière ; cette affection est chez cette malade accompagnée de son cortège complet de symptômes : vertiges, bourdonnements, tintements, surdité, nausées et vomissements. Il n'est donc pas étonnant que cet ensemble symptomatique ait réagi sur le système nerveux déjà si impressionnable de M^{me} M... et ait amené un délire hypochondriaque. Si l'on se demande quel est l'avenir pathologique de cette malade, il faut se rappeler que la maladie de Ménière est caractérisée anatomiquement par une lésion labyrinthique primitive, congestion, hémorrhagie, inflammation. Elle aboutit à la surdité, mais n'est que très rarement grave au point de vue de la vie ; le vertige en lui-même tend à guérir quand la surdité est complète. M^{me} M... a donc bien des chances de rester dans le même état jusqu'à la disparition complète de la fonction auditive.

OBSERVATION XII (1)

Un cas de bruit objectif de l'oreille comme cause de mélancolie,
par le docteur Tuczek

Madame Catherine D., âgée de 29 ans, fut, le 7 mars 1881, atteinte de mélancolie dans la ville de Anstalt. *Pas d'anté-*

(1) In *Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 432, 1881.

cédents héréditaires. Régée à 17 ans, mariée à 23 ans. Elle eut pour la dernière fois ses règles trois semaines avant l'apparition de la maladie. Jusqu'à cette époque elle s'était bien portée. M. W., son mari était peu fortuné; elle était obligée de travailler à la couture chez les étrangers, pour subvenir aux besoins du ménage. La sixième année de son mariage, elle était mère de trois enfants bien portants et qu'elle avait nourris. Accouchements normaux. Avortement à trois mois en novembre 1880. Pertes nombreuses. Elle eut ensuite des rhumatismes avec œdème aux malléoles. C'est à cette époque qu'on s'aperçut qu'elle avait une tendance à la mélancolie, des impatiences, pleurait souvent; bientôt elle fut incapable d'entretenir sa maison; son sommeil fut troublé par d'*affreux cauchemars* et cessa bientôt. Alors la malade se plaignit de fortes douleurs dans la tête, de bourdonnements dans les oreilles et d'une sensation « comme si les muscles du cou étaient trop courts » « *als seien ihr die Halsmuskeln zu kurz* ».

Elle avait été traitée jusque-là par la médication tonique, le fer, la quinine.

La première impression que la malade fait à son entrée correspond à l'exposé qui précède. Elle décline à voix basse, son nom, son âge, son pays; quand on lui demande ce qui lui manque, elle tend l'oreille en disant : « Écoutez un peu. » « Hören sie mal ». Puis elle se tait, se met à pleurer et ne s'en va qu'involontairement dans sa division. Là, aussi, elle cherche à attirer l'attention sur ses oreilles. La douleur d'oreille qu'elle éprouvait seule l'inquiétait; elle craignait d'avoir quelque chose de cassé dans la tête. Continuellement, le jour et la nuit, elle entendait comme le tic-tac d'une montre; dans sa maison, plusieurs personnes l'avaient aussi entendue, « c'était comme si on secouait des pois » « *als ob mit Erbsen geraschelt würde* ».

Il se trouva à notre grande surprise que nous n'avions pas affaire ici avec les illusions de l'ouïe, mais avec un bruit vraisemblablement objectif de l'oreille. La malade dit, avant

et après sa guérison, d'une manière précise, que ce bruit se produisit au commencement de janvier, et fut la seule cause de son trouble d'esprit. D'après toutes ces indications, l'intelligence est intacte, la malade est impatiente, anxieuse, elle se lamente pour ses enfants, elle se montre accessible aux consolations, mange grâce aux exhortations, et dort passablement. (8 mars.)

L'examen du corps donne les résultats suivants :

La malade est une femme à peine de moyenne grandeur, bien faite, sans difformité, d'un teint pâle avec une expression soucieuse, d'un appétit modéré. Elle pèse 94 livres.

Elle n'est pas essoufflée, pas d'exanthème, pas de varices, température normale, pouls 70 à la minute, de plénitude et tension moyenne. Respiration, 24 à la minute.

Au cou, une légère mais distincte pulsation de la veine jugulaire externe; le pouls donne précisément deux ondulations sur la carotide; sur la jugulaire, un léger bruit de souffle.

Rien d'anormal du côté de l'abdomen. Pupilles, dilatation moyenne, pas d'inégalité et réagissant bien. Acuité visuelle normale.

Les deux moitiés du visage sont également innervées. Du côté de la motilité et de la sensibilité, aucun dérangement; la langue est tirée droit et sort sans tremblement. Pas de troubles de la parole et de la déglutition. Réflexes du genou conservés.

Les observations fréquemment répétées sur l'organe de l'ouïe donnent les résultats suivants (9 mars). Si l'on s'approche de l'oreille de la malade, on entend un bruit à une distance de 20 centimètres des deux côtés, et aussi de chaque côté, quand l'autre oreille est bouchée; mais il est plus distinct et constamment plus haut à gauche qu'à droite. Le plus souvent il ressemble au craquement de l'ongle, mais accidentellement, il ressemble à la crépitation d'une étincelle électrique. Il se répète avec un rythme régulier, juste le double du pouls (144 à la minute avec 72 pulsations radiales). Dans

le même temps, il est perçu subjectivement et compté par la malade.

L'ouverture de la bouche, la respiration retenue, l'inspiration et l'expiration, l'expiration à glotte fermée, la compression des carotides n'ont aucune influence sur le bruit. Le larynx ne fait point d'excursions anormales volontaires ou involontaires. Dans les muscles du pharynx se montrent quelques petites contractions.

La luette ne se meut pas spontanément ; la langue reste tranquille sur le plancher de la cavité buccale, pendant l'auscultation du bruit. Subjectivement, le bruit est égalé au tic-tac d'une montre ; lorsque la bouche est ouverte, le bruit est très haut, on l'entend à 12 centimètres.

L'acuité auditive est très fine, le tic-tac de la montre est entendu des deux côtés à trois mètres et demi. Le murmure des voix est entendu à travers la longueur de deux grandes chambres, une voix haute de bien plus loin encore. A la galvanisation, une électrode sur la tempe et l'autre sur le conduit auditif externe de l'autre côté, il s'établit des brûlures dans l'oreille et du vertige. Mais il n'y a pas de perception auditive subjective, qu'on ouvre ou qu'on ferme le courant, ce qui d'ailleurs n'est le cas, ni chez moi, ni chez d'autres personnes saines que j'ai examinées avec un courant allant jusqu'à 10 éléments. Ni les courants continus, ni les courants interrompus, dans les deux directions, n'ont d'influence sur ce bruit.

Le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe sont des deux côtés bien formés ; dans le dernier aucun corps étranger, aucune agglomération de cérumen ; ils sont suffisamment larges, et permettent l'introduction des speculums, numéro II, qui fait voir des deux côtés un tympan parfaitement normal ; pas de pulsation, pas de mouvement appréciable du cône lumineux ou du tympan.

C'est état fut constant pendant les deux premiers jours d'observation. L'intensité du bruit changeait sans que la situation de la malade en fut influencée ; c'était toujours fort

du côté gauche, toujours la même double fréquence du pouls.

Le 9, on remarqua que le bruit s'affaiblissait lorsque le spéculum était poussé contre la paroi postérieure du conduit auditif externe; l'introduction et la forte pression de l'électrode auriculaire eut le même effet; seulement, plusieurs minutes après l'éloignement de celle-ci, le bruit se fit entendre de nouveau. Alors, il fut décidé qu'on tamponnerait le conduit auditif externe avec de la ouate dans l'après-midi du 9.

Depuis, les bruits ont disparu et ne revinrent pas lorsque la ouate fut enlevée, au bout de 24 heures. Depuis ce temps, ils ne sont revenus ni objectifs, ni subjectifs.

L'humeur et la mine de la malade s'améliorèrent d'une manière frappante, elle devint gaie, communicative, sa vie redevint joyeuse et laborieuse. Les couleurs de ses joues repaurent, l'appétit fut excellent.

Un peu plus tard elle reprit le sommeil. On employa une fois deux grammes de chloral, qui laissèrent tout le jour suivant des bourdonnements dans l'oreille. Les ondulations des veines devinrent indistinctes quand l'alimentation augmenta.

J'ai encore à signaler l'examen laryngoscopique et pharyngoscopique. Il est vrai qu'il fut pratiqué alors que les bruits n'étaient plus perceptibles. L'excitabilité réflexe de la gorge se montre étonnamment faible, l'ouverture du larynx extraordinairement large. A plusieurs reprises, on entendit, à l'auscultation immédiate des narines, un bruit faible, non perçu subjectivement et synchroné avec le pouls artériel, qui cessa à la compression des ailes du nez.

Avec une santé florissante, l'esprit absolument intact, reconnaissante d'avoir recouvré la santé, Mme D., après un séjour de quatre semaines, retourna dans sa famille.

Ce qui rend intéressante cette observation, au point de vue psychiatrique, c'est la prompte entrée en

convalescence d'une mélancolie nettement prononcée, quoique peu intense, après la suppression de la cause.

Les troubles somatiques de cet état de dépression motivée n'étaient peut-être pas aussi marqués que nous le voyons dans la mélancolie (les variations du poids du corps étant insignifiantes, et les règles n'ayant pas cessé); pourtant, il y avait de l'angoisse, de la perte de sommeil, des idées d'indignité, le refus de la nourriture, *des arrêts d'idée se traduisant par l'impossibilité de penser*, tous symptômes graves qui parurent suffisamment importants à l'entourage et au médecin, pour faire regarder comme nécessaire son internement dans un asile d'aliénés.

Il est donc évident que des bruits purement entoptiques peuvent avoir une action dépressive sur le caractère, et que dans des cas d'intensité particulière, chez des sujets prédisposés, ils peuvent faire éclater des psychoses aiguës dans le sens propre du mot. Le docteur Fürstner (1) rapporte, à l'appui de cette thèse, les deux observations suivantes.

Chez une jeune fille de 21 ans, du côté maternel de laquelle on relevait deux fois des psychoses, une fois de la chorée, les phénomènes de la chlorose s'établirent à 19 ans. Un jour, après une grande marche, il survint subitement, dans l'oreille gauche, un bruit « presque sifflant » qui, au troisième jour, fut perçu également nettement à droite. Le bruit persista avec des alternatives de rémission ; il tour-

(1) Cité par Schiffers.

mentait beaucoup la malade, à qui il rendait toute occupation et toute conversation impossibles. Il s'y ajouta des maux de tête, de l'insomnie, bientôt de la mélancolie ; de temps à autre, la jeune fille refusait de prendre de la nourriture, et tout à coup, il apparut un accès, pendant lequel elle chercha à se détruire. Elle voulait notamment maltraiter ses oreilles de toutes les façons possibles. Dans le cours de sa mélancolie, le bruit continu jouait un grand rôle, il était considéré « comme une punition de Dieu, » etc. L'acuité auditive était absolument intacte, l'examen de l'oreille donna un résultat négatif.

Après trois mois et demi d'un traitement tonique, le bruit diminua peu à peu pour cesser complètement ; avec lui disparut également l'état de dépression psychique de la malade. Le chloral donné contre l'insomnie n'avait produit aucun effet ; d'après la malade, il avait même augmenté les bruits.

Chez une autre malade, où il y avait également des antécédents héréditaires, la disparition de la dépression profonde avec tendance au suicide marcha de pair avec celle des bruits, qui s'étaient développés à la suite de l'augmentation de volume d'un goître. Après un traitement dirigé contre ce dernier, il diminua ; la guérison de la malade fut complète après quatre mois.

Moos (1) a communiqué un cas où à l'origine il existait très vraisemblablement des bruits purement internes d'une grande intensité et en grand nombre,

(1) Moos, *Arch. of Opth, and Otol.*, iv, pp. 478-482.

mais où il est douteux si des illusions ne vinrent pas plus tard s'y ajouter. Il se développa insensiblement chez un sujet, âgé de 61 ans, une psychose sous forme de folie, qui se résolut par le suicide. A l'autopsie, on constata une dilatation énorme du bulbe de la veine jugulaire, et Moos se crut autorisé à considérer les perceptions pénibles du malade comme des effets de bruits sanguins, qui se développaient quand le sang faisait irruption du sinus latéral étroit dans le bulbe élargi voisin du labyrinthe.

Dans le cas de Tuzek et dans les deux de Fürstner, il s'est agi vraisemblablement de bruits sanguins propagés. M. le professeur Bondet (1) admet la possibilité de la production de ces bruits, et indique la compression de la veine jugulaire à la hauteur de l'os hyoïde, laissant perceptible le pouls carotidien, comme procédé de diagnostic différentiel des bruits anémiques. Si le bruit cesse après la compression de la veine, il n'y a pas à chercher d'autre cause du bruit subjectif, et un traitement tonique amènera la guérison.

Pour le deuxième cas de Fürstner, le calibre des vaisseaux du cou fut diminué notablement dans une certaine étendue par le goître ; de cette manière, comme dans le cas de Moos, furent réalisées des conditions favorables au développement des bruits sanguins. Il peut à peine être mis hors de doute que l'apparition des bruits ait donné lieu à l'éclosion de la psychose, à cause de la coïncidence des phénomènes et du dire des malades. Mais il faut remarquer que

(1) Bondet. *Etude physiologique sur une Variété de bourdonnement* in *Journal d'anat. et physiol.*, IV, p. 36, 1862.

les deux sujets étaient prédisposés héréditairement et que, dans le premier cas, il existait un facteur étiologique à considérer, la chlorose. (Schiffers.)

Ces cas très intéressants de bruits subjectifs, donnant lieu à des troubles psychiques, nous ont engagé à faire quelques recherches sur la production de ces bruits, car, comme le dit von Træltsch, il serait très important de savoir jusqu'à quel point les hallucinations de l'ouïe des aliénés ne dépendent pas souvent d'un bourdonnement d'oreille d'origine périphérique, bruit qui est interprété par l'aliéné d'une façon malade et est plus ou moins fortement ressenti, suivant le degré d'excitation psychique.

Schlager et Jaffe, de Vienne, ont étudié avec le professeur Gruber, à l'hospice des aliénés de cette ville, l'influence des sensations subjectives de l'ouïe sur le développement de l'aliénation mentale. Ils ont abouti aux mêmes conclusions que Kœppe et Schwartz, le collaborateur de ce dernier (1). (Schiffers.)

Kœppe a examiné, à Halle, 31 aliénés chez lesquels une maladie prononcée de l'oreille pouvait être constatée (2). Chez aucun d'eux, il n'existait une sensation subjective de l'ouïe, sans qu'il y eût en même temps des illusions et des hallucinations du même organe. En outre, 7 malades avaient également des illusions et des hallucinations avec une hyperémie des vais-

(1) Gruber, *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*. Wien, 1870. Signalé dans la thèse du Dr Delstanche : *Etude sur le bourdonnement de l'oreille*. Bruxelles, 1872.

(2) *Archiv. f. Ohrenh.* III, page 332.

seaux du manche du marteau et des bruits subjectifs.

Dans deux cas, où il existait des bouchons de cérumen, après l'enlèvement de ceux-ci, les bruits disparurent, mais non les hallucinations. Chez plusieurs malades dont l'histoire est détaillée, les bruits cessèrent sous l'influence d'un traitement local de l'affection de l'oreille et avec eux les hallucinations. Particulièrement instructifs sont deux cas où une seule oreille était malade et où les voix étaient seulement entendues de ce côté.

Voyons donc maintenant quelles sont, sur cette question, les idées émises par Schwartze dans son intéressant article (1).

Il faut regarder comme sensation subjective de l'ouïe, toutes les sensations de l'ouïe, dont la *source sonnante* (*schallquelle*) existe dans le corps, et qui ne sont perçues par l'individu dans le corps duquel elles se produisent, que grâce à une irritation immédiate du nerf auditif ; en d'autres termes, celles qui prennent naissance subjectivement et ne sont perceptibles que subjectivement.

Les sensations subjectives peuvent si parfaitement ressembler aux sensations objectives, que nous supposons une *source sonnante* dans le monde extérieur, jusqu'à ce que nous soyons convaincus du contraire par une série de conclusions ou presque d'expériences involontaires (à savoir l'occlusion des oreilles, l'éloignement de l'oreille de la cause présumée, le contrôle avec les yeux).

(1) Schwartze. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1866, nos 12 et 13.

Que le pouvoir de localiser la perception présente un trouble durable ou passager, alors prennent naissance les troubles auditifs en question, dans lesquels on comprend les hallucinations et les illusions. Les troubles auditifs isolés ne sont pas rares chez des gens sains d'esprit ; qu'ils se produisent fréquemment dans une forme déterminée ou bien mêlée d'autres éléments morbides, alors le danger d'une maladie mentale n'est pas éloigné.

Les sensations subjectives de l'ouïe qui sont produites par des maladies appréciables de l'oreille, dans certaines prédispositions psychiques, principalement dans la prédisposition héréditaire, peuvent devenir la cause directe d'illusions de l'ouïe, qui elles-mêmes, rendent imminente l'explosion d'une maladie mentale. J'ai traité pendant longtemps, dit Schwartz, une malade prédisposée par ses antécédents héréditaires à l'aliénation et aux illusions de l'ouïe. Ces dernières disparurent par le traitement local et l'affaiblissement des bruits subjectifs produits par la lésion auriculaire.

Quelquefois les aliénés qui souffrent en même temps d'une affection de l'oreille et de sensations subjectives de l'ouïe, distinguent très bien ces dernières de leurs illusions et de leurs hallucinations. Ils entendent « leurs voix » en même temps que les bourdonnements et les sifflements symptomatiques de leurs maladies d'oreille, mais il n'est pas rare que ces voix soient complètement indépendantes.

Ainsi donc, les bruits subjectifs de l'oreille, avec ou sans lésion de l'appareil auditif, peuvent engen-

drer des illusions, qui elles-mêmes, agissant sur un cerveau prédisposé peuvent provoquer l'éclosion d'une maladie mentale. Ils entrent comme un facteur étiologique trop considérable dans la production des troubles psychiques, pour que nous croyons devoir insister sur quelques-uns de leurs caractères.

Les bruits subjectifs de l'oreille sont intermittents ou continuels ; ordinairement il n'existe qu'un bruit déterminé et invariable, mais quelquefois on observe des bruits différents simultanés.

Schwartz dit avoir observé une malade très digne de foi, qui décrivait trois sortes de bruits dans la même oreille ; le bruit lointain d'un torrent, le bouillonnement d'une locomotive, et à travers cela le gazouillement des oiseaux.

Les deux oreilles ou une seule peuvent être le siège de ces bruits ; ils peuvent être perçus simultanément dans les oreilles et dans la tête, le plus souvent à l'arrière, rarement au sommet. Le bruit les rend moins perceptibles ; par contre ils sont très pénibles dans le silence, surtout la nuit avant de s'endormir.

Si l'on se fait expliquer le caractère des bruits auriculaires, on observe une grande diversité individuelle. Les comparaisons les plus fréquentes sont les suivantes : bruit de l'eau bouillante, d'une chute d'eau, de l'orage, le bourdonnement des abeilles, etc... On a essayé d'utiliser le caractère du bruit pour le diagnostic de la cause, aussi nous reproduisons les conclusions auxquelles est arrivé le D^r Hermest (1).

(1) Hermest. — *Etude sur les bourdonnements d'oreilles*, *Union médicale*, 1881, n^{os} 15, 18, 20, 21.

Quant aux appellations employées ou inventées pour désigner ces différents caractères, elles sont très nombreuses, et quelques-unes heureusement choisies, telles que : *Sibilus*, *Tinnitus*, *murmura*, *fremitus*, *susurrus*, *bombus*, *pulsatio*, etc...

D'après M. Hermest, les bourdonnements comparés par les malades à un bruit de conque, au bruit du vent, des vagues, sont les symptômes d'un manque d'équilibre entre la pression atmosphérique et celle de l'air contenu dans la caisse ; on les rencontre dans les cas d'obstruction de la trompe d'Eustache et de corps étrangers de l'oreille.

Ceux dont le timbre peut-être rendu par le mot *djiii* et que les malades comparent au bruit d'un jet de vapeur, au bruissement d'un feu de bois vert, au sifflement d'un bec de gaz ouvert et non allumé, sont des bruits de compression, qu'on rencontre chaque fois que, par l'intermédiaire de la chaîne des osselets, le liquide de Cotugno se trouve comprimé.

On les observe quelquefois et passagèrement dans le cas de corps étranger du conduit ; le plus souvent et d'une façon continue dans l'ankylose de la chaîne, les adhérences entre le tympan et le rocher, la contracture et la rétraction du muscle tenseur du tympan.

Les bruits musicaux sont toujours liés à une affection de l'oreille interne et peuvent s'accompagner de titubations, de vertiges, etc...

Les bourdonnements isochrones ou poulx et simulant un bruit de souffle, sont constatés dans la congestion des artérioles du manche du marteau et dans

les altérations vasculaires autres que celles de l'oreille.

Nous ne pousserons pas plus loin ces considérations sur la pathogénie des bruits entotiques, car elles sortent un peu de notre sujet ; quel que soit du reste leur mode de production, on peut dire qu'ils impriment un cachet spécial à l'aliénation mentale confirmée, activent l'éclosion des troubles psychiques chez les sujets prédisposés et peuvent même donner le change aux personnes parfaitement saines d'esprit.

Ainsi, des malades atteints de bourdonnements d'oreille rapportent assez souvent que la certitude absolue leur fait défaut sur la cessation d'un bruit ou d'un ton qui vient de se produire, par exemple, le son de la sonnette de la rue. Ils disent qu'ils sont même forcés souvent d'abandonner la chambre pour s'assurer si la cloche est encore en mouvement, parce que, depuis qu'elle a commencé à sonner, leur bourdonnement a pris le même caractère, et pour quelque temps cette sensation domine dans leur oreille, qui autrement bourdonne toujours de la même façon.

Pendant l'été de 1866 (1), à Wursbourg, plusieurs malades qui souffraient de bourdonnements d'oreille, disaient qu'ils percevaient continuellement dans leurs oreilles le résonnement des tambours, le fracas des caissons d'artillerie ou le bruit du canon. Il était possible dans ces cas d'apprécier clairement l'influence de l'imagination, et en même temps celle des événements journaliers sur la signification des sensations

(1) V. *Lehrbuch der Ohrenheilkunde Von Træltzsch*, p. 613. — Cité par Schiffers.

subjectives de l'ouïe. Pour prouver combien des bourdonnements d'oreille peuvent facilement donner lieu à des idées de manie, Von Trœltseh (2) dit avoir vu un compositeur sourd, qui, d'ailleurs tout à fait sain d'esprit, lui racontait qu'il entendait continuellement dans son oreille une hymne déterminée (la même qui avait fait sa célébrité).

Cette influence des événements journaliers sur la signification des sensations subjectives de l'ouïe, est parfaitement exacte ; nous avons pu déjà l'apprécier, entre autre cas, chez l'un de nos confrères, qui, souffrant légèrement de bourdonnements d'oreille, croyait entendre sonner chez lui pendant la nuit, alors qu'il s'était endormi avec la préoccupation que lui occasionnait un de ses malades gravement atteint. Le bruit, tel qu'il l'entendait alors, n'existait pas en dehors de lui, mais pour s'en convaincre, il devait se lever et aller s'assurer lui-même qu'il y avait bien erreur de sa part. (Schiffers.)

Une sorte d'irritabilité, un état plus ou moins prononcé de manie se rencontre quelquefois chez certaines personnes âgées, dont la fonction auditive laisse à désirer. En connaissant ces rapports intimes des lésions auriculaires avec différents troubles de l'esprit, le médecin évitera d'attribuer le changement survenu à une toute autre cause et de laisser s'égarer sa thérapeutique.

Nous nous associons pleinement à cette manière de voir de M. Schiffers ; elle s'applique non seule-

(2) V. Lehrbuch, p. 613.

ment aux cas particuliers qui nous ont occupé dans ce paragraphe, mais encore à toutes les lésions de l'appareil auditif, à la suite desquelles on voit apparaître des troubles psychiques.

III

OBSERVATION XIII (1)

Par le docteur Georges Catlett, directeur de l'asile des aliénés.
Saint-Joseph (Missouri).

Miss E. M., âgée de 54 ans, folle depuis 2 ans, sans prédispositions héréditaires apparentes. On ne connaît pas la cause de la folie. Conditions physiques passablement bonnes ; appétit quelquefois faible ; dure d'oreille depuis sa jeunesse, à la suite d'une otite moyenne suppurée, consécutive à une rougeole. En avançant en âge, les facultés auditives ont diminué et maintenant elle ne peut plus entendre le tic-tac d'une montre placée près de l'oreille, et c'est à peine si elle perçoit les bruits les plus intenses. Elle est tourmentée par des hallucinations auditives ; elle entend les appels désespérés de sa mère, ou les pleurs des enfants abandonnés. Elle a beaucoup de sympathie dans le regard, les gestes, la voix ; elle persiste à leur offrir consolation et assistance.

Les oreilles ont résisté à la destruction du tympan, à la perte des osselets et à l'obstruction de la trompe d'Eustache.

(1) *American journal of insanity*, 1877-78, Vol. XXXIV, The fréquent association of disease of the ear With insanity.

OBSERVATION XIV

Par le Docteur Georges CATLETT

M. G..., âgé de 50 ans. Fou depuis cinq ans. Ses antécédents héréditaires ne sont pas connus. Surdité des deux oreilles résultant d'un catarrhe de l'oreille moyenne, qui a produit un changement de structure de l'oreille interne et des nerfs auditifs. Il a eu des hallucinations de l'ouïe pendant tout le temps de sa folie. Chaque nuit il se lève pour tout casser ; il frappe avec sa clef sur les fenêtres et la porte de sa chambre, dont il empêche l'entrée aux personnes qu'il trouble chaque nuit dans leur repos.

OBSERVATION XV

Par le Docteur Georges CATLETT

M^{me} S. G..., âgée de 43 ans ; pas d'antécédents héréditaires. Elle est mariée à un fermier ; sa santé et sa constitution sont bonnes : elle a eu huit enfants. La seule maladie qui a précédé sa folie a été un catarrhe très violent du nez et de l'oreille moyenne. Tous deux ont persisté quelque temps après son admission à l'asile. Elle a souffert beaucoup des désordres produits dans le nez et dans l'oreille. Elle a été furieuse quatre semaines, s'épuisant par le délire et l'excitation maniaque.

Les symptômes prédominants étaient des hallucinations de l'ouïe, la prévenant de fuir un danger dont elle était menacée. Son état s'est amélioré, mais elle n'a pas recouvré complètement la santé.

OBSERVATION XVI

Par le Docteur Georges CATLETT

Miss E. H..., âgée de 24 ans, maitresse d'école. Pas d'antécédents héréditaires; folle trente jours avant son admission, manie aiguë, bonne santé. Bientôt après son admission, symptômes de prostration et de dépérissement très rapide. Les ganglions maxillaires et cervicaux sont tuméfiés, les extrémités œdématisées, avec des taches rouges, symptômes d'une maladie constitutionnelle et d'une intoxication du sang.

Hallucinations auditives qui semblent être le résultat d'un accroissement de l'otite; délire jour et nuit. Elle prétend entendre le mugissement des vagues et les cris des marins naufragés; elle répète souvent qu'elle voit des enfants souffrir et pousser des cris dans les flammes. Ces hallucinations s'accompagnent d'efforts violents pour sauver l'équipage et les enfants.

Les troubles mentaux et les hallucinations ont cessé avec l'otite.

OBSERVATION XVII (1)

Folie par irritation sensorielle

Une femme, âgée de 53ans, était atteinte depuis l'âge de 15 ans de surdité incomplète causée par le bruit d'un coup de fusil tiré auprès d'elle; depuis, elle avait eu aussi presque continuellement des bourdonnements d'oreille.

(1) Aug. Voisin, *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*.

Pendant l'insurrection de mars 1871 des obus éclatèrent près d'elle ; elle en fut profondément troublée. Presque aussitôt elle eut des hallucinations de l'ouïe, entendit des voix qui partaient des murs ; puis, insensiblement, elle en arriva à rester indifférente aux choses de son ménage, à passer les nuits, comme les jours, à s'agiter, à crier, à chanter.

Aujourd'hui, la maladie se borne à des hallucinations de l'ouïe et à de l'excitation par moments. Je soigne cette femme par des purgatifs, par des cautères placés derrière chaque oreille.

OBSERVATION XVIII (1)

Madame L., fruitière, âgée de 41 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, est née d'une mère atteinte d'une maladie convulsive. Elle-même depuis vingt ans a des convulsions avec perte de connaissance, et qui reviennent à des intervalles réguliers. Depuis un an, céphalalgies fréquentes, étourdissements, bourdonnements dans les oreilles et surtout dans l'oreille droite. Ces signes de congestion sont aggravés par des excès de boisson, et la malade est obligée de temps en temps d'avoir recours à la saignée.

A la fin du mois de juillet 1841, M^{me} L. éprouve des contrariétés assez vives. Elle commence à entendre des voix quand elle est couchée ; et c'est le soir et le matin qu'on lui parle dans son lit au moment de s'endormir, ou quand elle se réveille ; elle distingue très bien ce qu'on lui dit ; ce sont des menaces, des injures, des accusations ; on va la mettre en jugement, briser ses meubles, etc... Quelques jours se sont à peine écoulés, et ces hallucinations de l'ouïe durent une partie de la nuit. La malade répond aux voix et se dispute

(1) Baillarger. *Des hallucinations, des causes qui les produisent, etc.*

avec elles. Pendant quinze jours environ les fausses sensations disparaissent le matin, mais bientôt elles continuent pendant le jour. C'est alors que, se croyant poursuivie, M^{me} L. se jette par la fenêtre du premier étage de la maison qu'elle habite ; elle était dans ses règles, qui, malgré cet accident ne furent point arrêtées ; trois jours après, elle fut conduite à la Salpêtrière. A son entrée, elle est obligée de s'aliter ; l'une des cuisses, par suite de la chute, est tuméfiée et douloureuse ; le ventre est très sensible à la pression, et il y a de la fièvre. Cette malade est d'ailleurs très calme, et M. Mitivié, dans le certificat d'entrée, déclare qu'elle ne paraît pas aliénée. Cependant, après quelques jours, on s'aperçoit que M^{me} L...., en apparence si raisonnable, conserve des hallucinations de l'ouïe qui ont lieu le soir et le matin quand elle est couchée. Elle croit que ce sont des gens de son pays cachés derrière le mur qui viennent la tourmenter. Après quinze jours, les fausses sensations cessent et la malade paraît alors tout à fait bien. A l'époque menstruelle, les hallucinations reparaissent, mais seulement le soir et le matin ; il n'y en a point pendant le jour. Avec les hallucinations, retour du délire. M^{me} L.... continue d'ailleurs à croire que ce sont des ennemis qui viennent ainsi la tourmenter la nuit.

Depuis le début de la maladie, les voix se font entendre beaucoup plus par *l'oreille droite* ; c'est aussi à droite que les bourdonnements sont plus forts. Vers le 15 octobre, l'oreille de ce côté commence à couler ; la malade trouve, le matin, son bonnet taché, tantôt d'une eau roussâtre, et tantôt d'un peu de sang. Les règles ont reparu le 16 octobre et ont cessé le 19. Les hallucinations continuent d'ailleurs au moment du sommeil et du réveil, et elles existaient encore, quoique plus faibles, lors de la sortie de la malade, le 23 octobre 1841.

OBSERVATION XIX (1)

SOMMAIRE. — Lypémanie avec idées de suicide et périodes d'excitation.
— Hallucinations unilatérales de l'ouïe, d'origine externe; guérison de ces hallucinations par l'extraction d'un corps étranger situé contre le tympan. — Disparition des hallucinations et guérison de l'affection mentale.

D'un tempérament lymphatique, d'une constitution ordinaire, M^{me} G... a eu trois enfants en trente-trois mois. Chacune de ses couches a été pénible et laborieuse, et suivie des fatigues de la lactation. Il y a quinze mois, la malade devint hypochondriaque, triste, apathique. A chaque époque menstruelle, elle se sentait des impulsions au suicide. Le certificat d'admission porte que « M^{me} G... est atteinte de lypémanie avec agitation et tendance à la démence. » *Signé*: Docteur Guillon.

A l'arrivée, je délivre le certificat suivant: Est atteinte de lypémanie hypochondriaque avec idées de suicide. Entend des voix, des bourdonnements, des cloches. A chaque période mensuelle, la malade est prise d'idées d'agitation qui la portent à se détruire. La puerpéralité ne paraît pas étrangère à cette affection. — *Signé*: Docteur Mabilie.

Triste, cette malade s'occupe et raisonne d'une façon assez suivie. Vient-on à parler de sa santé, elle ne tarit pas en doléances, elle pleure, elle se lamente. A chaque visite, elle fait une longue énumération qu'elle croit nouvelle: elle a mal au côté, à l'estomac, derrière le dos; son cœur baigne dans l'eau, la tête est comme pourrie. Elle entend dans l'oreille droite des bourdonnements, des bruits de cloches, de vielle, de « cuisine qui fricasse. »

A chaque époque, elle devient inconsciente; elle se sent irrée-

(1) Docteur Mabilie. -- *Annales médico-psychologiques*. Novembre 1883.

sistiblement poussée au suicide. Depuis quinze mois, elle ne dort pas. Son sommeil est troublé par les hallucinations précipitées.

Depuis son entrée à l'asile, elle ne peut dormir malgré tout ce qu'on peut lui faire. Elle pleure, elle est désespérée.

26 mars : *Certificat de quinzaine*. — « Est atteinte de lypémanie hypochondriaque, avec idées de suicide, hallucinations unilatérales de l'ouïe et état d'anémie profonde. A maintenir. » *Signé* : Docteur Mabilie.

Le 3 avril 1882, j'ordonne des injections d'eau tiède dans l'oreille droite. Pendant la seconde injection, un corps étranger situé contre le tympan se détache. Ce corps étranger entouré de cérumen durci est dur, résistant. L'examen fait voir que c'est un grain de blé qui se trouve au centre de l'amas. Le spéculum auris montre l'existence d'une inflammation peu étendue du tympan ; un liquide jaunâtre s'écoule de l'oreille moyenne pendant quelques jours. Le traitement institué amène la guérison de cette myringite.

Mais, dès la nuit même de l'enlèvement du corps étranger, les hallucinations de l'ouïe cessent de se manifester à droite et la malade peut dormir.

L'état général s'améliore de jour en jour ; les troubles dyspeptiques disparaissent. La mélancolie tend à disparaître. La malade a l'humeur en général gaie, mais elle se plaint encore de ses souffrances de temps à autre.

La malade, à la fin d'avril 1882, a un embonpoint qui contraste singulièrement avec l'état de maigreur qu'elle avait lors de son entrée. Pour la première fois depuis fort longtemps, la menstruation ne s'accompagne d'aucun trouble mental.

Le mois s'écoule sans que les hallucinations aient reparu. Le délire hypochondriaque n'existe plus. Le sommeil est bon et, le 28 mai 1882, la malade sort de l'établissement dans un état de complète guérison.

EXTRAIT D'UNE LETTRE DE LA MALADE

« La maladie m'a prise comme une mélancolie. J'ai éprouvé un chagrin tellement grand que je voulais me jeter dans un puits. Je ne pouvais pas manger ; je buvais beaucoup. C'est au commencement que j'ai ressenti du bruit dans mon oreille. La moindre chose que j'entendais du bruit, ma tête s'éclatait comme si on me l'ouvrait, et depuis quinze mois ce mal d'oreille existe. Depuis que M. le directeur m'a fait donner des injections, je ne sens plus rien. Par moment, ma figure devenait toute en feu ; cela me causait toutes sortes de révolutions ; je n'avais aucune force, je n'étais bonne que couchée. Mon mari, qui est venu me voir, a été bien joyeux de me voir en si bon état. »

Remarques. — Chez M^{me} G..., on peut dire que la faiblesse intellectuelle semblait la préparer à des troubles des facultés.

L'insomnie datant depuis près de quinze mois, l'affaiblissement dû à la puerpéralité n'ont pas été étrangers à la production du délire qui s'est manifesté chez elle d'une façon si énergique et qui la poussait fatalement au suicide. Mais les hallucinations de l'ouïe nous semblent avoir joué un rôle primordial dans la genèse du délire. En effet, ces hallucinations existaient depuis le début de la maladie et ne laissaient à la malade ni trêve ni merci, ni le jour, ni la nuit.

De plus, dès qu'elles ont disparu, l'état mental s'est amélioré avec la plus grande rapidité ; tous les troubles mentaux ont cessé d'exister.

Mais cette observation a une importance toute différente.

Elle montre, en effet, que les hallucinations peuvent avoir pour point de départ une excitation, dont le siège se trouve sur une partie quelconque du système nerveux.

Un corps étranger, un grain de blé durci a suffi à irriter la membrane du tympan de M^{me} G... et à engendrer des troubles hallucinatoires internes. Ces hallucinations ont dis-

paru comme par enchantement et tout est rentré dans l'ordre.

Ce fait vient donc à l'appui de la thèse soutenue par M. Foville père sur la pathogénie des hallucinations et tend à démontrer la véracité du fait énoncé par Régis, à savoir que lorsqu'on rencontre une hallucination unilatérale soit de l'ouïe, soit de la vue, on doit toujours rechercher si elle n'a pas pour point de départ une lésion curable siégeant sur le trajet des nerfs périphériques à la masse encéphalique.

OBSERVATION XX (1)

Jeune homme de 22 ans, dont les antécédents héréditaires ne révèlent aucune prédisposition névropathique, et qui, jusqu'à l'âge de treize ans, a joui d'une santé presque irréprochable.

A cette époque, il reçut à l'école un soufflet violent sur l'oreille gauche, qui devint à partir de ce moment le siège d'une otorrhée purulente. Une perforation du tympan fut constatée à cette époque par le D^r Tillaux et des bourdonnements incessants se manifestèrent du côté malade. A l'âge de seize ans, notre jeune homme eut une fièvre typhoïde avec troubles cérébraux, délire diurne et nocturne, et augmentation marquée de l'écoulement par l'oreille.

C'est à partir de cette époque que le malade a éprouvé, dans toute sa plénitude, cet abaissement des facultés qui succède trop souvent aux pyrexies graves. Autrefois intel-

(1) Professeur Ball, *in Encéphale*, 1882.

ligent et studieux, il devint lourd, paresseux, incapable de travail ; il quitta l'école, sans entrer en apprentissage, et mena une existence d'oisiveté absolue.

Des idées noires se sont emparées de lui, et l'ont poussé à une tentative de suicide, qui n'a pas abouti. Depuis lors, il est resté plus tranquille en apparence, et les tendances mélancoliques ont entièrement disparu.

La rectitude du jugement n'est point entamée, mais la mémoire est notablement amoindrie ; et le calme plat de son existence intellectuelle est traversé de temps en temps par des orages de violence ; il entre en colère pour des motifs futiles, casse les carreaux, brise la vaisselle et se livre à des actes qui ont justifié son placement à Sainte-Anne.

Nous avons donc affaire à une intelligence affaiblie et à un caractère impulsif, sans aucune perversion du jugement, sans aucune trace de conceptions délirantes. Voyons ce que deviennent dans ce milieu préparé d'avance, les hallucinations qui constituent le point capital de son histoire.

Les bourdonnements qu'il avait perçus du côté gauche depuis le commencement de son otorrhée ont cédé la place, il y a trois mois, à des perceptions plus nettement définies. On aurait dit (nous laissons parler le malade) le bruit des rivières, le fracas de l'eau qui tombe sur les rochers ; puis il entendait vaguement des chants musicaux, enfin des coups de fusil.

Bientôt il s'entend appeler à diverses reprises, sans jamais voir personne ; puis enfin on lui adresse des injures, on l'appelle voleur, on épuise à son endroit tout le vocabulaire pois-sard.

A certains moments, il se retournait brusquement, pour inter-peller les personnes voisines. « Je ne vous ai rien dit », lui répondait-on. Il n'a pas tardé à faire ce raisonnement, qui fait honneur à sa perspicacité. « Puisque ma maladie d'oreille m'a donné des bourdonnements, la même cause peut me faire entendre des voix. » A partir de cette époque, il n'a jamais varié dans ses convictions.

Les hallucinations, les bourdonnements et les bruits ne se produisent jamais du côté droit ; ces phénomènes se manifestent toujours à gauche et l'ouïe est complètement abolie de ce côté.

L'examen otoscopique, pratiqué par M. le docteur Miot, a démontré l'existence d'une otite moyenne, avec suppuration de la caisse et perforation du tympan. En voici les détails :

Otite externe, diffuse, bourgeons charnus sur toute la paroi supérieure et postérieure de la portion osseuse près du tympan. La couche cutanée de cette membrane est aussi recouverte de bourgeons charnus. Il existe à la membrane une perforation assez étroite à travers laquelle passe un liquide séro-purulent.

L'apophyse mastoïde n'est pas douloureuse ; son aéro-sclérotique.

Lésion de la caisse du tympan (hypertrophie de la muqueuse, perforation, bourgeons charnus) ; les lésions du conduit auditif sont consécutives.

La perception crânienne se fait bien.

La trompe est large et libre.

Acuité auditive un peu diminuée également dans l'oreille droite. Tympan bombé avec un peu d'atrophie. On le voit, il s'agit ici d'une otite diffuse généralisée, avec des lésions multiples.

Soumis à un traitement approprié (injections de sulfate d'alumine et de chloral, lavages méthodiques, cautérisations au nitrate d'argent), ce jeune homme a vu déjà ses hallucinations diminuer d'intensité et de fréquence, et nous avons aujourd'hui l'espoir de la ramener bientôt à son état primitif, c'est-à-dire à la surdité compliquée de bourdonnements, mais sans hallucinations de l'ouïe.

En résumé, nous voyons se produire, chez un jeune homme dont l'intelligence a été affaiblie, mais non pervertie par l'effet d'une fièvre typhoïde, des hallucinations de l'ouïe sans aucun trouble du jugement. Ces phénomènes se produi-

sent exclusivement du côté gauche ; ils coïncident avec une otorrhée purulente, déterminée par des lésions anatomiques parfaitement définies ; ils tendent à disparaître sous l'influence du traitement (1).

OBSERVATION XXI (2)

SOMMAIRE. — Otorrhée purulente, de l'oreille droite depuis l'âge de douze ans, déterminant un état habituel d'hypocondrie ; à 25 ans, accès d'aliénation mentale, caractérisé par des idées de persécutions et des hallucinations de l'ouïe, exclusivement localisées dans l'oreille droite (injures, pensées répétées, etc.) Traitement de l'affection auriculaire par les cautérisations ponctuées. Guérison. Disparition consécutive des hallucinations et du délire. Persistance de la guérison.

M... Charles, 27 ans, élève en pharmacie, entre à la clinique des maladies mentales le 22 janvier 1880. Sa mère, un peu nerveuse, est morte d'un cancer de l'estomac. Son père, âgé aujourd'hui de 72 ans, est un vieux militaire emporté, congestif, rhumatisant, et par-dessus tout alcoolique. Il a des idées de persécution et s' imagine, entre autres choses, que sa femme, qui a étouffé ses deux premiers enfants, a eu le troisième, le malade, d'un de ses cousins ; ce qui explique la froideur qu'il manifeste à l'égard de son fils.

Celui-ci a eu une fluxion de poitrine vers l'âge de 3 ans. Il s'est toujours connu à peu près sourd de l'oreille droite, ce qui lui fait supposer qu'il est né ainsi.

A 12 ans, en jouant avec ses camarades, il reçut sur cette oreille un violent coup de pelote en cuir. Eprouvant de vives douleurs, et comme une sensation d'obstruction dans le con-

(1) Le malade est aujourd'hui complètement guéri de son otorrhée et de ses hallucinations.

(2) *Des hallucinations unilatérales*, par le docteur E. Régis, in *Encéphale*, 1881.

duit auditif, il essaya de le déboucher à l'aide d'épingles et d'autres instruments acérés. Un écoulement purulent survint, qui n'a jamais cessé depuis.

Cette otorrhée, par sa persistance et sa mauvaise odeur, ne tarda pas d'agir sur son esprit, en même temps qu'elle en fit un objet de répulsion pour ses camarades. Rebuté par eux, rudoyé par son père, déjà porteur peut-être d'une prédisposition névropathique mélancolique, M..., vrai paria du collège, devint sombre, taciturne, mélancolique et à dater de ce jour, il n'eut plus qu'une préoccupation, son otite. On ne saurait croire combien cette affection toute locale a eu d'influence sur la vie du malade ; dès la jeunesse elle en fit un malheureux hypocondriaque, toujours concentré sur les progrès de son mal, s'analysant d'une façon intime, prêt à verser, en un mot, et au moindre choc, dans l'aliénation mentale.

Nous ne saurions mieux faire, au surplus, que de transcrire ici une partie de son histoire, écrite par lui-même. Ces quelques pages toutes personnelles, et qui montre le malade à nu, pour ainsi dire, sont plus frappantes et plus éloquemment vraies que la meilleure des observations.

« Je perdis ma mère vers l'âge de 12 ans, époque à laquelle je contractai ma maladie d'oreille. Je dois être né sourd ou en partie de l'oreille droite, et j'avais eu lieu de m'en apercevoir. Les essais que je fis pour retirer l'obstacle matériel auquel j'attribuais ma surdité enflammèrent la caisse du tympan et quelques contusions que je reçus dans mes jeux déterminèrent enfin l'otite chronique. Dès ce moment, je fus condamné à vivre à l'écart, ce mal empirant sans cesse au point de rendre mon voisinage incommode, et m'attirant de la part de mes camarades des paroles désagréables et des taquineries qui m'aigrirent le caractère. Je dois ajouter que cette maladie, par la distraction qu'elle me causait, nuisait à mes études, obligé que j'étais plusieurs fois dans la journée, au fort d'occupations sérieuses, de donner à mon oreille les soins qu'exigait un écoulement devenu de plus en plus prononcé. J'insiste sur ce point, car

tel est le motif de mon isolement, de mon séjour à Paris et enfin de ma situation actuelle. Le tempérament et les habitudes de soldat de mon père ne lui permettaient malheureusement pas d'apprécier le côté pernicieux d'un mal léger en apparence, surtout au début, mais qui a eu pour moi les conséquences les plus funestes.

« Reçu bachelier, je n'eus qu'une seule préoccupation, guérir de mon otite, ce qui m'empêcha malheureusement de porter choix sur une carrière spéciale, et j'abordai la maîtrise d'étude en vue d'arriver à Paris pour guérir de mon infirmité, devenue de plus en plus intolérable.

Me voici seul à Paris, m'adressant à tous les bureaux de placement, en vue de trouver un emploi, qui ajouté à mes ressources personnelles me permette enfin de me traiter sérieusement. Après bien des pourparlers, mon père me donna 5,000 francs et le prix du loyer de sa maison en échange de la pension qu'il me faisait. J'en profitai pour consulter un médecin spécialiste, et je suivis son traitement qui amena une amélioration passagère de mon otite.

« J'entrepris alors la pharmacie, mais infructueusement. Enfin, je me décidai à trouver un emploi de bureau; mais le temps se passait sans résultat. C'est à ce moment que j'eus quelques discussions avec mon père, qui, jointes à mes déboires personnels et aux tourments que me causait ma maladie, me mirent véritablement hors de moi. Il m'avait semblé entendre vaguement sur mon passage le mot « fou » à mon adresse. Frappé de cette idée, je fus consulter un médecin au sujet de l'altération probable de mon intelligence; c'était un doute que je voulais éclaircir.....

« Je ne saurais préciser à partir de quel moment j'ai attiré sur moi la malveillance; mais j'ai à cet égard une certitude indubitable. Je n'ai pas d'abord su pourquoi, lorsqu'au voyage que je fis chez mon père, cette malveillance se traduisit par des allusions tellement claires et des mots tellement blessants de la part des personnes que j'eus occasion de voir, que je n'eus plus aucun doute sur les motifs qui l'avaient fait naître...

« J'étais donc absolument certain d'exciter de l'aversion, sans savoir par quels moyens elle se manifestait, partout où j'allais. (Toutefois, cet incident prêterait à quelques suppositions admissibles ; la police pouvait me suivre, on avait pu distribuer ma photographie, etc.) J'eus ainsi l'idée du phonographe. Dans mon hôtel, j'entendais quelquefois des insultes à mon adresse de la part des locataires qui le matin passaient devant ma chambre, et surtout de celui de la chambre contiguë à la mienne. Le concierge me faisait mauvais visage et, à l'étage supérieur, j'entendais régulièrement chaque matin des coups de talon tellement violents que j'en étais brutalement réveillé. Ils duraient jusqu'à ce que l'individu descendit pour vaquer à ses occupations. Enfin, plusieurs de ces insultes, je les entendis répéter à voix basse pendant toute une nuit d'abord, puis pendant plusieurs nuits consécutives. Ne pouvant admettre qu'on eût la méchanceté et la patience de m'invectiver durant des nuits entières, je pensai qu'un phonographe était installé à proximité.

« J'étais déjà fort inquiet, lorsqu'un soir ces voix s'accrochèrent encore ; puis je m'entendis adresser des reproches auxquels je répondais. Une conversation s'engageait telle que celle-ci : « Vous êtes un misérable ; vous avez fait... — Que dois-je devenir ? — Vous ne pouvez plus rien faire que de vous engager comme simple soldat ; vous n'êtes plus rien. Connu du monde entier maintenant, vous êtes marqué au phonographe ; c'est pis que de l'être au fer rouge. »

« Ce colloque dura la nuit et se prolongea dans la matinée. Le timbre des voix des personnes était parfaitement rendu. J'eus un instant de vraie folie. Je crus d'abord être soumis à un jugement par voie phonographique, tandis que, comme je l'explique ci-après, je n'entendais que toutes les invectives, accusations qui me venaient à l'imagination à propos de tout ce que j'avais enduré jusqu'alors, et que l'espace d'effroi où je me trouvais exagérait de beaucoup. J'étais à la fois interrogateur et répondant.

« Ce ne fut que peu après, remarquant que ma pensée

était exprimée, que j'eus l'idée d'être revenu moi-même homme phonographe, en punition des méfaits à moi reprochés. Le phonographe n'est-il pas le seul instrument qui marque les voix et leur timbre? Je ne soupçonnais pas une maladie; une maladie exprimant oralement la pensée n'est-elle pas plus merveilleuse que toute combinaison possible? L'incident me fût-il arrivé dans la situation d'esprit où je me trouve actuellement, je croirais encore au phonographe, quoique, par une indifférence coupable, je n'aie jamais étudié cet instrument. N'importe, même l'ayant fait, j'aurais soupçonné quelque procédé caché. Ce fut en me rappelant certaines questions d'un docteur de Paris, et celles qui me furent posées ici que je revins de mon erreur.

« Avant cela, j'imaginai qu'à chacune de mes pensées correspondait par habitude acquise un imperceptible mouvement des muscles de la langue qui la parlait, parole que transmettait l'homme devenu phonographe. Appuyant sur ma langue en même temps que je formulais intérieurement quelque pensée, j'avais cru sentir ce mouvement; je me trompais, je n'étais pas phonographié, mais on m'avertissait de ce que j'avais. En tous cas, il restait acquis pour moi que ma pensée était exprimée oralement et entendue par les autres. Dans quantité de restaurants, les individus s'entretenant avec moi, répondaient à ce langage intime, faisaient le nombre de signes de tête que je leur demandais, répondaient aux questions que je leur posais ainsi, prononçaient exactement les paroles que je les priais de prononcer. Enfin, tant de preuves apparentes se réunissent à l'appui de cette idée que ma pensée est entendue, que je serais plutôt taxé de folie pour ne pas l'admettre que pour le cas contraire. Néanmoins, le fait paraît tellement inouï que je n'ose jamais me prononcer d'une façon certaine. Eh bien! cela revient presque à douter de mon toucher ou de ma vue, à douter que mon encrier que je vois soit en face de moi!

« Ma situation est réellement bien malheureuse, puisque j'ai à tout instant à craindre que l'on ne surprenne ma pensée,

ce qui constitue pour moi un vrai supplice moral, dont je prie instamment qu'on me délivre, n'importe à quel prix. En tous cas, il est incontestable que j'entends ma pensée formulée à intelligible voix ; on ne saurait me démentir à ce sujet. Qu'il soit contestable qu'elle soit perçue par les autres, il ne l'est pas qu'elle le soit par moi ; je suis seul juge de mes sensations. A chaque pensée qui me surgit à l'esprit, la phrase qui l'imprime est rendue presque avec bruit. Il en est ainsi lorsque je me trouve en un endroit silencieux et que j'approche l'oreille de quelque encoignure. Si alors je bouche l'oreille gauche pour fermer accès à tout bruit du dehors, j'entends par l'oreille droite ma pensée formulée. Une idée que je désire cacher est rendue avec plus de force, surtout quand j'éprouve un sentiment quelconque, la crainte ou la honte. La nuit, une fois réveillé, si je reviens insensiblement au sommeil, arrivé à une demi-somnolence, je suis réveillé par ma pensée exprimée trop bruyamment. J'ai remarqué également que ma pensée était parlée par une sorte de voix venant de l'intérieur, surtout après avoir mangé. *C'est comme un glapissement plaintif.* (Si l'expression est ridicule, elle est seule vraie).

« Je me suis aperçu de cet état à la nuit précitée. Depuis, il a augmenté jusqu'à mon arrivée à Saint-Anne. Pendant les quelques nuits consécutives à celle où j'eus connaissance de ce mal, j'ai éprouvé des tremblements nerveux qui m'occasionnaient des soubresauts assez violents. Je n'éprouve plus cela aujourd'hui. Je sens toujours la nuit cependant une sorte de frémissement dans tout le corps. Mon état est accompagné d'un sifflement très aigu que je ressens surtout la nuit si je repose sur l'oreille gauche (saine). En ce cas aussi, ma pensée est exprimée plus distinctement, avec un bruit presque gênant. (C'est une forte voix de basse.)

« Quant à la question de savoir pourquoi les sons dont j'ai parlé sont perçus par une oreille malade et sourde, non par celle qui est en bon état, il se peut que la longue maladie dont cet oreille a été le siège, ait influé sur le système nerveux directement par le cerveau. »

Ce récit, très précis comme on le voit, et qui marque étape par étape, pour ainsi dire, l'évolution progressive de la maladie, nous dispense d'entrer dans de longs détails sur l'état mental de M... lors de son entrée dans le service.

Parmi les phénomènes intéressants qu'il présentait, un fait appela dès l'abord tout particulièrement notre attention. Ce fut la localisation des hallucinations dans une oreille sourde, et qui était depuis longtemps le siège d'une otorrhée purulente.

La relation intime qui semblait exister entre la lésion sensorielle et les phénomènes hallucinatoires, nous porta à examiner attentivement les organes de l'ouïe chez notre malade.

Sur la prière de M. le professeur Ball, un des auristes les plus distingués de Paris, M. le docteur Miot voulut bien pratiquer cet examen, qui donna les résultats suivants :

Oreille droite : on retire de l'oreille une certaine quantité de matière purulente. A l'otoscope, la muqueuse de la caisse paraît congestionnée. La membrane du tympan, un peu rouge, présente à sa partie supérieure une perforation de 4 millimètres environ. L'oreille interne paraît saine. La perception crânienne des sons s'opère normalement. L'acuité auditive, qui varie selon l'accumulation des produits sécrétés, est en ce moment de 4 à 5 centimètres.

A cette distance, le malade entend lorsqu'on élève un peu la voix. Lorsque son oreille est bouchée par les produits de sécrétion, il n'entend plus de l'oreille droite.

Oreille gauche normale : acuité auditive, 2 mètres environ. Le traitement institué consista en lavages astringents de l'oreille et en injections hypodermiques de chlorhydrate de pilocarpine. Aucune amélioration bien sérieuse ne s'étant produite, nous eûmes l'idée de recourir aux cautérisations ponctuées que nous pratiquâmes quotidiennement derrière l'oreille, au niveau de la région mastoïdienne, à l'aide du thermo-cautère Paquelin. Trois semaines plus tard, l'écoulement avait diminué et les hallucinations n'étaient déjà plus

perçues pendant le jour, ainsi que le constate le passage d'une lettre écrite par le malade à cette époque :

« L'écoulement a diminué avec l'hallucination. Maintenant l'hallucination n'est plus perçue pendant le jour, et la nuit l'oreille ne coule pas. L'intonation interne, qui accompagnait simultanément cette voix fictive, qui exprimait mes pensées, a disparu avec la décroissance du mal. Lorsqu'il était dans toute sa force, la lecture m'était pénible, j'entendais ce que je lisais, puis je l'ai entendu de moins en moins ; à l'heure actuelle, je ne l'entends plus du tout. Le sifflement très incommode dont j'ai parlé a disparu le jour, persistant la nuit assez fort, ainsi que l'hallucination. Il a diminué peu à peu et a complètement cessé, excepté lorsque, la nuit, la tête porte sur l'oreille gauche (saine) ; dans cette situation, l'hallucination et le sifflement qui en était l'indice le plus tenace étaient vivement ressentis, puis l'ont été de moins en moins, pour constituer l'état actuel de ma maladie. En résumé, depuis deux semaines, plus d'hallucinations dans le jour et fort peu la nuit, sauf dans la position sus-indiquée, auquel cas, chuchotement et sifflement dans l'oreille droite. »

Au bout d'un mois et demi de ce traitement par les cautérisations, la guérison, tant de l'otorrhée que de l'hallucination était complète ; si bien, qu'à dater de ce moment, nous ne renouvelâmes les cautérisations qu'à des intervalles de plus en plus éloignés, pour en arriver à les cesser complètement.

A ce moment, le malade nous écrivait :

« Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, mon hallucination est guérie ; rigoureusement, elle ne le serait que depuis un mois, mais on peut la considérer comme telle depuis environ quatre mois, tant elle a été faible depuis cette époque. Mon otite est aussi en très bonne voie, et tout me porte à croire, avec raison, à une guérison réelle ; et comme celle-ci s'accroît, surtout depuis que je suis traité à la pointe de feu, je suis fondé à croire à l'efficacité de ce remède, etc., etc... »

Aujourd'hui, nous avons cessé tout traitement depuis trois mois environ. Le malade est radicalement guéri de son otorrhée et de ses hallucinations. Il est sur le point de sortir de l'asile, qu'il aurait déjà quitté depuis longtemps, si son père, toujours mal disposé à son égard, n'avait point refusé jusqu'à ce jour de lui procurer quelque moyen d'existence. Cette difficulté est heureusement prête à être levée à l'heure actuelle.

L'acuité auditive de l'oreille droite n'était que de 4 à 5 centimètres lors de l'entrée du malade dans le service, elle est aujourd'hui de plus d'un mètre. A cette distance, le malade entend très bien lorsqu'on lui parle. Cette amélioration doit surtout être attribuée à la disparition complète des produits purulents de sécrétions, qui autrefois obstruaient l'oreille et mettaient ainsi obstacle à l'audition.

Nous venons de passer en revue un certain nombre de faits dans lesquels les troubles psychiques étaient sensiblement modifiés par la prédominance d'un symptôme, l'hallucination ; on pourrait même dire qu'ils lui étaient intimement liés, et que les phénomènes hallucinatoires ont joué dans la production de ces psychoses un rôle prépondérant.

Nous n'entreprendrons pas l'étude pathogénique des hallucinations, nous rappellerons simplement qu'à l'heure actuelle, les auteurs encore divisés se partagent en trois grands courants d'opinion.

Pour les uns, l'hallucination est un phénomène d'ordre psychique ; pour les autres, un phénomène d'ordre sensoriel ; pour la plupart enfin, partisans de la théorie de Baillarger, un phénomène mixte, c'est-à-dire psycho-sensoriel.

Il a déterminé les trois conditions principales dont

le concours est nécessaire pour qu'il se produise. Ce sont : 1° l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ; 2° la suspension des impressions externes ; 3° l'excitation interne des appareils sensoriaux.

Cette théorie, formulée par l'illustre aliéniste, avait été depuis longtemps entrevue par quelques auteurs qui avaient affirmé l'importance considérable des organes des sens dans la production du phénomène. Ainsi, Sauvage, dans sa nosologie, appelle hallucination le trouble des sensations produit par les organes des sens.

Se plaçant à un autre point de vue, Bottex, un ancien chirurgien-major de l'Antiquaille, avait dit : « Il n'en reste pas moins démontré que le médecin doit examiner avec la plus scrupuleuse attention le rôle que joue chaque partie du système nerveux dans la production des diverses hallucinations. De quelle importance ne doit-il pas être, en effet, pour la guérison de certaines aliénations mentales, de faire disparaître d'abord l'affection locale qui les avait occasionnées ou entretenues » (1).

Sublata causa, tollitur effectus.

Avec la théorie psycho-sensorielle apparaissent de nombreuses observations d'aliénation mentale, sous toutes ses formes, coïncidant avec une lésion des appareils sensoriaux. L'éveil était donné, et les hallucinations unilatérales allaient apporter une nouvelle preuve en faveur de la théorie de Baillarger.

(1) Bottex, *Essai sur les Hallucinations*. Lyon, 1836.

Elles étaient connues, du reste, depuis longtemps ; et Calmeil, dès 1836, observait ce fait, que l'hallucination de l'ouïe, pouvait ne se produire que d'un côté. Il a constaté, en outre, que chez les sourds, ces hallucinations ne sont ni moins nettes, ni moins actives, que chez les individus dont l'ouïe est parfaitement saine.

Mais à propos des hallucinations unilatérales, occasionnées, soit par la perte de l'ouïe, soit par l'altération d'une des parties de l'appareil auditif, on s'est posé cette question : Le malade a-t-il des hallucinations ou des illusions ?

Il importe, croyons-nous, de rappeler l'opinion d'un certain nombre d'auteurs, afin de bien déterminer dans quel cas on devrait employer l'une ou l'autre de ces expressions.

Un halluciné, dit Scipion Pinel, « voit réellement « ce qu'il exprime ; mais il le voit de dedans en « dehors, au lieu que les gens raisonnables voient « de dehors en dedans : aussi voit-il seul ce qu'il « voit. Dans les songes, nous voyons bien réellement ce qui est devant nos yeux, et en supposant « que le songe persistât après le reveil, nous serions « de vrais hallucinés. »

Les hallucinations (1), dit Bottex, diffèrent des illusions des sens, en ce qu'elles sont toujours le résultat d'une affection du cerveau ; cela est si vrai qu'elles portent quelquefois sur un sens qui n'existe pas chez l'halluciné. Ainsi, on rencontre dans tous les hospices

(1) Bottex. *Essai sur les Hallucinations*. Lyon, 1836.

d'aliénés des sourds qui entendent des voix et des aveugles qui ont des visions.

L'illusion, dit avec une élégante concision le professeur Lasèque, est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. Le premier de ces phénomènes s'appuie sur la réalité, mais la brode ; le second invente de toutes pièces, il ne dit pas un mot de vrai. En un mot, le moment où de l'illusion le malade passe à l'hallucination, est celui où il abandonne complètement le monde extérieur pour vivre dans celui des chimères (1).

Il est inutile d'augmenter le nombre des citations pour se rendre compte que l'hallucination est la perception de sensations sans aucun objet extérieur qui les fasse naître ; que l'illusion est une erreur causée par quelque objet extérieur. En résumé, un homme qui a une hallucination de l'ouïe entend des sons sans qu'aucun son soit produit ; un homme qui a une illusion de l'ouïe entend un son qui, en effet, est produit au dehors, mais son oreille le trompe sur la nature de ce son.

Evidemment, dans l'illusion il y a une fausse interprétation ; c'est bien le cas, croyons-nous, dans les affections de l'oreille, déterminant des troubles psychiques. Le professeur Ball l'a fort bien fait remarquer dans les réflexions qui suivent sa remarquable observation. « On me reprochera sans doute, » dit-il, d'avoir confondu les hallucinations proprement dites avec les illusions internes. A ce reproche

(1) Léon Martinenc. *De l'Evolution de l'Hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions*. Thèse de Paris, 1880, p. 15.

« je répondrai qu'une analyse plus approfondie et
« moins métaphysique des faits, nous apprendra
« peut-être que la plus grande partie, sinon la tota-
« lité des hallucinations, ne sont en effet que des illu-
« sions internes. »

« Pour résumer en quelques mots ma pensée, je
« dirai que je me suis efforcé de démontrer par des
« preuves matérielles, l'intervention directe des
« impressions sensorielles dans le mécanisme des
« hallucinations. A l'état normal, les organes des
« sens sont des serviteurs dociles chargés d'apprêter
« le festin de l'intelligence; à l'état pathologique, ce
« sont des convives importuns, qui viennent s'as-
« seoir à ses côtés et réclament énergiquement leur
« part. »

Les hallucinations par lésion auditive n'ont pas le caractère pour ainsi dire complet des vraies hallucinations; le malade entend un cri soudain, quelques mots incohérents, mais pas de ces phrases qui se rapportent toujours et avant tout à la forme de son délire. Elles ne ressemblent pas aux grandes hallucinations de l'ouïe qui offrent un rapport constant avec la forme du délire et qui ont lieu toujours dans le sens de celui-ci (1). Il n'en est pas toujours ainsi et comme on a pu le voir dans l'observation de M. Régis, le malade a atteint le summum de l'hallucination auditive, c'est-à-dire le phénomène de l'écho et le dédoublement de la personnalité.

Jusqu'ici, nous nous sommes occupés des hallucina-

(1) Albert Robin — *Des Affections cérébrales, etc.*, p. 109.

tions chez les malades affectés d'une maladie de l'appareil auditif, mais avec conservation de l'audition, malgré l'absence ou la perte de l'ouïe, les hallucinations auditives sont très fréquentes chez les aliénés, voire même chez les personnes saines d'esprit.

Une vieille demoiselle de soixante et dix ans, aveugle et sourde, entendait les conversations de ses amies et en était agréablement impressionnée (1). On assure que Beethoven, devenu complètement sourd dans les dernières années de sa vie, entendait ses sublimes compositions se répéter dans sa tête d'une façon distincte (2).

Un ecclésiastique, privé de l'ouïe, composait des poésies latines et françaises, des discours, des lettres, des sermons en plusieurs langues ; il se figurait écrire sous la dictée de l'archange Saint-Michel, affirmant qu'il était incapable de produire lui-même tant et d'aussi belles choses (3).

On pourrait multiplier les exemples.

Enfin les hallucinations auditives peuvent se produire chez les gens sains d'esprit et n'ayant aucune altération de l'appareil auditif. Rappelons les entretiens de Socrate avec son démon familier ; Le Tasse était dans le même cas. Un des exemples les plus frappants, est, sans contredit, Tartini écrivant sa fameuse sonate du diable. Sous l'influence d'une hallucination bizarre ; il s'imaginait que Satan lui

(1) Brierre de Boismont — *Des Hallucinations*.

(2) Brierre de Boismont.

(3) Calmeil, 1836.

jouait sur le violon la composition à la recherche de laquelle il était depuis longtemps.

On ne peut guère accuser de folie ces génies immortels, et cependant ces faits sembleraient donner raison à ce vieux proverbe : *Non est magnum ingenium sine mixtura dementiæ*.

Le cas de Tartini nous amène à parler des hallucinations musicales.

Le docteur Moos de Heidelberg en rapporte deux exemples.

On sait combien est fréquente, soit dans les maladies de l'oreille, soit dans les troubles généraux du système nerveux, la perception des bruits anormaux de toute nature ; mais en revanche, l'hallucination des sons réellement musicaux est rare.

Dans les deux cas cités, l'hallucination s'est produite, après de longues séances de musique, chez des personnes souffrant d'ailleurs depuis des années de cataracte du conduit auditif externe. La perception persista pendant 15 jours, après un concert, dans le premier cas ; dans le second, chez un professeur de musique, elle dura plusieurs jours après chaque leçon.

Moos attribue ce phénomène à une persistance de l'impression produite sur les nerfs acoustiques, et l'assimile à la persistance des images sur la rétine (1).

Nous venons de passer en revue un certain nombre de faits intéressants, les circonstances dans lesquelles se produisent les hallucinations auditives, mais nous n'avons pas encore touché à la question capitale,

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1869, t. II.

c'est-à-dire au point de départ unique de l'hallucination. Là, comme toujours et partout, apparaissent les opinions les plus diverses émises par les autorités les plus compétentes. On dirait que l'aliénation mentale et tout ce qui y touche de près ou de loin, a le don de diviser nos célèbres spécialistes, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que tous apportent en faveur de leur théorie des arguments irrésistibles, des faits inattaquables. D'une part, la théorie psycho-sensorielle triomphe ; elle est défendue par Baillarger, Michéa, A. Voisin, Ball et bien d'autres. Ils ont trouvé dans les hallucinations unilatérales une position imprenable, et le fait est que le symptôme n'a lieu que d'un côté et toujours du côté malade. De l'autre, Luys et Ritti placent le point de départ de l'hallucination dans la couche optique. M. Ritti, dans sa thèse, cite plus de trente observations suivies d'autopsie, et dans toutes on a constaté des altérations de la couche optique.

Devant de pareils résultats, et surtout devant de pareils maîtres, il est bien permis d'hésiter. Suivrons-nous Ball ou Luys ? ou bien nous rejetterons-nous sur la théorie psychique qui fait miroiter ce point dans les régions qui sont le siège de l'imagination et de la mémoire ? ou bien encore avec Tamburini de Modène, chercherons-nous à démontrer que l'hallucination est le résultat d'un état irritatif des centres sensoriaux de l'écorce ?

Loin de nous la pensée de vouloir émettre une nouvelle théorie, elles sont déjà assez nombreuses ; mais il nous semble qu'en médecine comme en beau-

coup de choses, le moyen terme se rapproche le plus de la vérité. Un des défenseurs les plus autorisés de la théorie psycho-sensorielle, le professeur Ball, l'a fait très bien ressortir.

« Pour qu'une hallucination se produise, dit-il, il faut d'abord une prédisposition cérébrale (ou psychique) ; il faut ensuite une excitation, dont le point de départ se trouve sur une partie quelconque du territoire nerveux. Ainsi donc, au point de vue de leur origine, toutes les hallucinations sont psycho-sensorielles. S'il en était autrement, toutes les maladies des organes des sens donneraient lieu à des hallucinations, et c'est là, bien au contraire, un fait assez exceptionnel.

« Mais l'excitation morbide, qui sert de pivot au trouble psychologique a-t-elle un point de départ fixe et nettement localisé ? Sous ce rapport, je professe les idées les plus larges et les moins exclusives : j'admets que toutes les parties du système nerveux participent aux mêmes privilèges et peuvent donner lieu aux mêmes manifestations morbides, et j'appuie cette doctrine sur la loi si justement célèbre de Müller : *Il n'est aucun genre de perception, déterminé par des causes extérieures, qui ne puisse résulter, sans cause extérieure, d'une modification dans l'état du système nerveux.*

« Ainsi donc, lésions de l'écorce cérébrale, des couches optiques et des centres sensoriels ; lésions des fibres de transmission qui les relient aux parties voisines et à la surface extérieure du corps, lésions de la moëlle épinière des nerfs périphériques, mala-

dies des organes des sens, ce sont là pour nous autant de causes, qui, réagissant sur un terrain déjà préparé, peuvent donner naissance à des hallucinations. »

Le cas si intéressant de M. Régis nous amène à parler de l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions. C'est peut-être le seul cas connu où ce symptôme atteigne le degré le plus élevé, malgré la présence d'une affection de l'oreille ; car, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les hallucinations par lésion auditive n'ont pas le caractère des grandes hallucinations.

Nous empruntons à la thèse de M. Martineq les considérations suivantes : (1)

« Le délirant persécuté commence par entendre des bruits confus, des bourdonnements, des sons de cloches, enfin, comme le dit le professeur Ball, *des hallucinations élémentaires*, qui, au début sont appréciées souvent à leur juste valeur, mais qui d'autrefois deviennent, elles aussi, tout comme les sensations réelles, causes d'interprétations délirantes. Ces bruits sont alors des bruits de pas dont le malade a peur ; des bourdonnements, des sons de cloches, des chuchotements injurieux et outrageants, etc... Puis à une période plus avancée, ces bruits confus, ces bourdonnements diffus et lointains deviennent tout à coup des voix nettement articulées. Ce sont d'abord des interjections, des monosyllabes, de simples mots,

(1) Martineq. *De l'Evolution de l'Hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions*. Thèse, Paris, 1880.

toujours les mêmes, brièvement exprimés et le plus souvent injurieux.

« L'hallucination peut ne pas présenter d'autres caractères pendant un temps très long et il existe alors un état stationnaire de la maladie.

« Mais tôt ou tard l'hallucination arrive à un degré plus avancé, et on la voit devenir plus fréquente en même temps qu'elle revêt une forme particulière. Les paroles se groupent pour former des phrases, courtes d'abord, puis devenant plus longues et pourvues de plus de sens, ces phrases peu à peu se groupent elles aussi et constituent à la fin un véritable discours. Peu à peu le monologue s'établit et tourne bientôt au dialogue.

« Ce dernier caractère, joint à la fréquence très grande des hallucinations, indique le passage de la maladie à la période chronique.

« C'est à ce moment que l'on observe le phénomène si étrange du dédoublement de la personnalité. Il existe une véritable conversation mentale. Il y a l'individu qui pense et d'autre part l'interlocuteur qui répond à la pensée. Enfin à un degré extrême se produit le phénomène de l'écho et alors on entend les malades dire : « *Il existe comme un écho de ma pensée ; je n'ai plus ma personnalité ; mes pensées sont répétées partout ; on répercute mes idées, on me vole mes idées.* »

« Deux causes concourent à expliquer le phénomène de l'écho et à faire parler ainsi le malade. D'abord, il pense malgré lui. Cela vient de ce que, grâce à un affaiblissement évident de l'intelligence, la

volonté n'a pas la même puissance de direction qu'elle avait auparavant sur le travail cérébral. Il se fait une cérébration en quelque sorte *divagante et imposée* qui explique pourquoi le malade sent sa pensée ne plus lui appartenir, et exprime ce sentiment par ces paroles : « *On me vole mes pensées ; on me fait penser malgré moi à des choses auxquelles je n'aurai jamais songé volontairement.* »

En second lieu, la pensée se transformant automatiquement en sensation auditive par une pure aberration de l'intelligence et sous l'influence probable des hallucinations élémentaires dont nous avons déjà parlé, il laisse échapper ces mots : « *On me parle par la pensée..... ; j'entends ma pensée répétée en dehors de moi, etc.....* »

IV

Les observations que nous avons examinées jusqu'à présent, bien que très intéressantes au point de vue de la relation des phénomènes inflammatoires de l'oreille et des troubles psychiques, ne nous ont en réalité fait assister qu'à de simples complications mentales passagères, et dans la plupart des cas heureusement conjurées.

Nous allons aborder une autre catégorie de faits qui, tout en étant aussi concluants, différent complètement de ceux qui précèdent, et dans lesquels

les désordres ont été tels, que l'on s'est trouvé en face d'une maladie mentale complète, dont la symptomatologie bruyante a pu donner le change et masquer pour ainsi dire la lésion primitive.

Mais là, nous laissons la parole à M. Albert Robin, dans la thèse duquel nous avons puisé ces précieuses indications.

« Au-dessus de tous ces cas, il en est d'autres fort rares, où les troubles de l'état mental prennent une telle prédominance que tout disparaît devant eux. La maladie prend alors l'*aspect complet d'une maladie mentale*, au point de dérouter parfois le diagnostic. Et pendant une ou plusieurs années, les signes de l'affection mentale se développent avec une apparente régularité, jusqu'au moment où surviennent, comme accidents terminaux des phénomènes d'ordre méningitique, au milieu desquels surnage toujours la dominante mentale, qui a fait le fond symptomatique de toute l'évolution morbide. J'ai dit que ces cas sont rares ; en effet, je n'en ai réuni que trois observations, l'une m'a été communiquée par M. le professeur Fournier et MM. les docteurs Meuriot et Blanche; la seconde, par M. Fournier ; la troisième, due à M. Decorse, a été publiée dans la thèse de M. Biauté. Ces trois observations sont capitales au point de vue de la thèse que je soutiens. Les deux premières sont un exemple de délire analogue à celui de la paralysie générale, causée par une carie syphilitique primitive du rocher et d'une partie de la base du crâne ; dans la dernière (observation de M. Decorse, que nous avons reproduite *in*

extenso), il s'agissait d'une otite moyenne avec carie du rocher chez un tuberculeux, qui, pendant plus d'une année, fut en proie à des troubles intellectuels continus avec accès de délire et hallucinations de l'ouïe.

« Voici le résumé des deux premières observations :

« Lemalade de MM. Fournier, Blanche et Meuriot était un homme du meilleur monde, âgé de 46 ans, très correct dans sa tenue et ses allures extérieures, mais ayant toujours été, dans l'intimité, bizarre, original et parfois violent. En 1871, il avait eu la syphilis. En 1877, il fut pris d'un accès de manie avec prédominance d'idées orgueilleuses, il croit commander à des troupes, se connaît en chevaux mieux que personne, veut se faire recevoir vétérinaire. Il court les magasins, achetant des choses inutiles et affirmant qu'il a une grande fortune, le tout avec excitation extrême et accès de violence qui prennent bientôt un caractère menaçant, au point que les gardiens de la paix sont obligés de le mener chez le commissaire de police. On le transfère dans une maison de santé spéciale.

« L'excitation continue pendant plusieurs mois. Puis vient une période de calme, avec le même délire orgueilleux, tendance à la violence, habitude d'onanisme et idées de persécution. Sa santé physique est d'ailleurs excellente. En octobre 1877, survint une éruption cutanée, d'aspect dartreux qui disparut sous l'influence de bains. En mars 1879, orchite droite. Le 15 juillet, attaque épileptiforme

pendant laquelle M. X. tombe et se blesse à la tête. La nuit suivante, deux nouvelles attaques. Elles se répètent au nombre de 6 au moins dans la nuit du 1^{er} au 2 octobre, puis le malade tombe dans le coma et meurt le 3 octobre au matin.

« A l'autopsie, on trouve à la surface des fosses temporales, surtout à gauche, les altérations osseuses décrites par Virchow sous le nom de carie sèche; le rocher et les fosses temporales semblent rongés par des vers; hyperhémie des méninges sur toute leur étendue. Adhérence de la dure-mère au niveau de la fosse temporale et de la convexité du lobe sphénoïdal gauche. Ailleurs, les membranes se détachent facilement. Pas d'adhérence du cerveau aux méninges. A la base du côté droit, zone de ramollissement à la partie antéro-interne du lobe sphénoïdal, correspondant au niveau même de la carie sèche. Teinte rosée de la circonvolution ainsi atteinte, ne disparaissant pas sous un filet d'eau. Même lésion à gauche, à la région correspondante, mais à un degré moindre. Rien dans les autres parties de l'encéphale. A l'examen microscopique, encéphalite avec quelques points de dégénérescence atrophique et lésions de périartérite. Les lésions artérielles sont-elles primitives ou secondaires à l'altération osseuse, c'est ce qui est difficile de déterminer. M. Fournier croit qu'elles diffèrent des artérites vulgaires par leur caractère éminemment protifératif et l'inégalité de leur distribution.

« La deuxième observation de M. le professeur Fournier a trait à un homme de 44 ans, fort distin-

gué sous le rapport de l'intelligence et de l'éducation et qui avait eu la syphilis vingt ans environ avant le début des accidents cérébraux singuliers par lesquels commença la maladie qui devait l'emporter.

« On s'aperçoit que cet homme présente peu à peu des signes d'abaissement intellectuel : ses allures, son caractère se modifient ; sa mémoire s'altère ; il fait à l'hôtel des ventes, des achats qu'il oublie et refuse de payer, lui, homme scrupuleux par excellence ; il reste des heures sans dire un mot, semble « éteint » aux personnes qui l'entourent. Puis les troubles s'accroissent, il a des vertiges, se met à pleurer quand on lui dit que sa maison est la plus belle du pays, et parle sans raison au milieu d'un dîner avec une étonnante volubilité. Plus tard, il fait un voyage pendant lequel il se perdait partout, ne trouvait pas la porte de sa chambre et s'égarait sur un bateau à vapeur au milieu de ses bagages. Douze à quinze mois se passent ; un jour, il est pris de vertige avec pâleur de la face et tombe dans la rue ; cette attaque se reproduit à deux reprises. Un mois après, il est atteint d'un violent accès d'excitation maniaque avec délire emphatique et théâtral qui dure une quinzaine de jours. Cette excitation fait place à un délire muet ; le malade prononce des mots incohérents et vides de sens, où revient l'idée d'empoisonnement qui n'a cessé de le poursuivre pendant l'accès d'excitation ; il succombe vingt jours environ après le début de celui-ci.

« A l'autopsie, on trouve, entre autres particularités, une carie sèche « en dentelle » s'étendant de

l'ethmoïde au trou occipital ; les fosses sphénoïdales sont tourmentées par des saillies linéaires ou tortueuses et par des éminences anormales disséminées çà et là : au niveau du rocher, vers la partie moyenne de son rebord supérieur, existait une éminence osseuse, blanche, très dure, du volume d'une petite noisette. Les méninges sont injectées ; elles adhèrent fortement au niveau du lobe sphénoïdal, et en enlevant la pie-mère, on arrache une certaine portion de tissus cérébral ; celui-ci était ramolli dans toute l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal, et au niveau de la deuxième circonvolution temporale. Une coupe passant par la partie médiane de l'insula mettait au jour un grand foyer d'encéphalite, localisé dans le noyau extra-ventriculaire du corps strié ; il existait en outre quelques lésions méningo-corticales disséminées et paraissant indépendantes des lésions osseuses.

OBSERVATION XXII (1)

Durant l'année 1865, un nommé G..., âgé de 31 ans, entre à l'hôpital du Gros-Caillou pour être traité d'accidents gastro-intestinaux. Cet homme appartenait au 1^{er} régiment des grenadiers de la garde ; il était d'apparence athlétique. Sa conduite a toujours été bonne, son intelligence paraissait peu développée, mais depuis quelque temps son hu-

(1) Alcée Biauté. — *Contribution à l'étude de l'état mental dans la phtisie pulmonaire*. Thèse de Paris, 1879.

meur était assombrie et sa tenue militaire négligée. Admis à l'hôpital dans le service des fiévreux, il présenta des phénomènes d'embarras gastrique et de fièvre ; il avait en outre un flux hémorroïdaire considérable ; il se plaignait surtout de *maux de tête*. Au bout de dix jours environ, ces différents phénomènes s'amendèrent, mais le malade paraissait d'un caractère de moins en moins *maniab*le : il restait silencieux, avec une sorte de stupeur, d'où il ne sortait que pour répondre *brusquement et impoliment* aux interrogations qui lui étaient adressées. Son appétit était extraordinairement développé ; il eut une querelle violente avec l'infirmier-major de la salle pour avoir *dérobé* des aliments à d'autres malades. Son état mental éveilla les soupçons du chef de service ; il fut interrogé sur ses antécédents héréditaires et n'en présenta point ; ses réponses étaient lentes, brusques, monosyllabiques. Après cette querelle, il fut envoyé aux consignés ; là, il s'enferma dans un *mutisme* presque complet, *déchira* ses vêtements, *souilla* son lit, brisa le mobilier, et il était question de le transférer au Val-de-Grâce pour que son état mental fût soigneusement examiné, lorsque tout cessa. Il reçut ensuite son exeat et rentra à son corps.

Mais là encore, on ne revit plus le soldat discipliné, correct dans sa tenue et ses rapports avec ses autres camarades.

Enfin, huit mois après, il revint à l'hôpital et entra dans le service de M. Boudier, médecin principal, chargé du service chirurgical. Le motif de son entrée était un *écoulement* et des *douleurs* de l'oreille gauche. Le diagnostic fut otite interne. Il présentait de l'anorexie, de la *céphalalgie*, avec des douleurs violentes dans l'oreille malade, un écoulement puriforme de la même oreille et un flux hémorroïdaire considérable. Le malade avait énormément engraisé ; il était presque obèse, la face bouffie et pâle. Il était redevenu sale, *très malpropre*, sans souci aucun de sa tenue et des soins de sa personne, salissant son lit quand il prenait ses repas. Son caractère était *sombre*, mais paraissait plus doux qu'à sa première admission. Tantôt il refusait les aliments, tantôt

il les prenait *gloutonnement*; il se tenait presque toujours couché, se plaignait d'*étourdissements* quand il variait son attitude. Il parlait très peu, sans embarras, mais très lentement, ne répondait pas toujours aux questions qu'on lui adressait, paraissait souvent préoccupé, triste, mais son sommeil était calme et il ne présentait pas extérieurement les signes d'un délire actif. Il avait quelquefois la fièvre, mais plus habituellement le pouls très lent. La caractéristique générale était une sorte d'état *torpide* qui persista durant trois mois environ. Pendant cette période, il eut quelques accès de grande excitation consistant en des *actes de violence* et des tentatives de destruction analogues à ceux qui ont été notés plus haut. En dehors de ces accès et des phénomènes de l'affection locale, il n'y eut rien autre chose de particulier à noter, pas de phénomènes paralytiques, pas d'aphasie. Son silence ne permit pas d'interroger sa mémoire, qui semblait conservée pour les faits de la durée de son séjour à l'hôpital. Les infirmiers s'étaient aperçus que lorsqu'on ne l'observait pas, *il parlait seul*, et tout faisait supposer, malgré les dénégations du malade, qu'il avait des hallucinations de l'ouïe. En effet, lorsqu'on lui parlait et qu'il voulait bien répondre, il lui arrivait de s'interrompre brusquement et l'expression de sa physionomie et son attitude indiquaient qu'il paraissait écouter d'autres sensations auditives que celles résultant des interrogations.

Durant le quatrième mois de son séjour, il fut brusquement pris d'accidents graves du côté du cerveau : *révasseries*, *délire actif*, *fièvre*, cris, grincement de dents, convulsions épileptiformes, coma et mort.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. Du côté de l'oreille, on constata des altérations profondes du rocher, la destruction des canaux labyrinthiques, l'envahissement des cavités de l'oreille interne par des masses de pus caséeux; la substance osseuse était noire et communiquait par plusieurs orifices artificiels avec un vaste abcès qui avait envahi une grande partie du lobe postérieur de l'hé-

misphère gauche ; les dimensions de cet abcès étaient celles d'un gros œuf de dinde.

On trouva des traces de tuberculisation généralisée : granulations grises sur les plèvres, le péritoine et la surface des poumons aux sommets desquels des masses tuberculeuses à différents degrés d'évolution furent constatées.

A la suite de cette observation, M. Biaute fait ces très justes réflexions :

« Ainsi donc, modifications dans toute la manière d'être de ce militaire durant son premier séjour, après sa sortie et dans les premiers temps de sa deuxième admission. La garde passait pour avoir les hommes les plus disciplinés, les plus soigneux de l'armée, n'ayant jamais encouru aucune punition et ayant toujours eu des notes exemplaires. Cet homme devint sombre sans motifs apparents, indiscipliné, malpropre, mérita même à son corps, entre les deux séjours à l'hôpital, des reproches sévères et des punitions ; sa vie, en un mot, fut en complet désaccord avec celle d'autrefois.

Nous voyons très bien les objections qui peuvent être faites, c'est-à-dire que l'affection cérébrale ayant compliqué l'otite peut avoir occasionné les troubles que nous invoquons ; mais il faut bien remarquer que tuberculose et otite étaient à l'état latent durant le premier séjour et que la tuberculose a la plus grande chance d'avoir préexisté.

M. Biaute prêche évidemment en faveur de sa thèse ; mais pour nous, qui ne nous occupons pas de tuberculose, que nous importe que l'otite ait été tuberculeuse ou non, il n'en est pas moins vrai que

c'est l'otite seule qui, par son extension, a détruit le rocher, occasionné l'abcès du cerveau et provoqué les conceptions délirantes de ce malade. En tous cas, l'otite a eu fatalement une influence sur son délire, car, si l'on s'en souvient, ce malade paraissait avoir des hallucinations de l'ouïe.

Nous plaçant à un autre point de vue, si nous examinons la forme du délire des deux premiers malades, nous nous trouvons pour la première fois en présence de conceptions délirantes franchement mégalomaniaques. Jusqu'à présent, nous n'avons constaté que des faits dans lesquels les malades, avec plus ou moins d'excitation, avaient un délire aux allures parfaitement tristes, hypémaniaques. Pourquoi donc cette exception? Peut-être tient-elle aux altérations considérables du cerveau et des méninges, ce qui rapprocherait ces malades des véritables paralytiques généraux; peut-être aussi parce que les altérations du rocher en respectant l'organe de l'ouïe et son fonctionnement, n'ont pas imprimé au délire ce cachet spécial de tristesse que l'on retrouve chez les malades privés de l'ouïe, ou tout au moins chez lesquels ce sens est plus ou moins impressionné par une altération si légère qu'elle soit.

Cette manière de voir paraîtrait justifiée; en effet, si l'on compare les deux malades de M. Fournier à celui de M. Biaute, on voit qu'ils se ressemblent assez au point de la marche de la maladie et des lésions anatomiques du rocher, des méninges et du cerveau, au moins comme étendue et gravité des altérations; mais chez les deux premiers, rien du

côté des organes essentiels de l'appareil auditif, l'enveloppe seule est atteinte ; chez le troisième otite suppurée, et l'on voit le délire se ranger à côté de ceux précédemment étudiés et faire ainsi ressortir, comme une exception remarquable, ces deux cas avec lesquels il présentait pourtant la plus grande analogie.

CHAPITRE III

RÉSUMÉ DES DIVERSES THÉORIES ÉMISES SUR LE MÉCANISME DES TROUBLES INTELLECTUELS CONSÉCUTIFS AUX MALADIES DE L'OREILLE

Nous consacrons ce chapitre à l'exposé des théories émises sur la production des troubles intellectuels consécutifs aux maladies de l'oreille. Nous ne pourrions guère entrer dans de longs détails, car sur ce point très délicat de physiologie pathologique, la lumière est loin d'être faite (1).

Toute cause augmentant la pression labyrinthique serait capable de produire non seulement les attaques épileptiformes et le vertige, mais encore les troubles intellectuels. Une observation de M. Duret (2) vient à l'appui de cette vue théorique au moins pour ce qui concerne les perversions psychiques : un malade

(1) Nous trouvons la plupart de ces théories exposées dans la thèse de M. Alb. Robin.

(2) Duret. — *Société de biologie*, 1879.

traité depuis quinze ans pour des troubles intellectuels et des vertiges avait une exostose de la paroi inférieure du conduit situé immédiatement en avant ; en pressant un peu sur cette saillie osseuse à l'aide d'un stylet, on provoquait mécaniquement tous les troubles spontanément éprouvés par le malade.

Jakson invoque un mécanisme plus nébuleux : une excitation de la périphérie du nerf acoustique produirait sur les centres cérébraux avec lesquels ce nerf est en connexion, des changements dynamiques occasionnant des décharges de force nerveuse rendues manifestes par l'explosion des phénomènes délirants.

On a dit aussi que les troubles intellectuels provenaient d'une irritation congestive propagée des méninges et du cerveau, congestion fondée sur les rapports circulatoires de l'oreille et de l'encéphale.

M. Bouchut, pour les cas qu'il a publiés, admet que ce sont des névroses réflexes dues à l'irritation des filets du nerf sensitif. Mais comment une irritation périphérique des nerfs agit-elle sur le cerveau ? Là, est la difficulté d'interprétation. Cette irritation entretient-elle un état d'hyperhémie ou d'ischémie capable de troubler les fonctions sensoriales, motrices et intellectuelles ? Il est évident, dit M. Bouchut, que c'est l'un ou l'autre, et dans sa pensée il voit plutôt dans ces cas des exemples de névrose réflexe congestive que des cas de névrose ischémique. Ce qui le lui ferait croire, c'est l'état du fond de l'œil, constaté avec l'ophtalmoscope. En effet, on n'y trouve jamais d'ischémie, et ce qu'on y rencontre, c'est l'état normal ou un état congestif très prononcé de la papille et des veines de la rétine.

La théorie de M. Bouchut ne peut, croyons-nous, s'appliquer qu'à certains cas. Elle ne serait pas admissible, par exemple, dans les cas où la rétention du pus dans la cavité tympanique paraît être la cause des perversions psychiques: Il est bien plus simple d'admettre, dans ces cas particuliers, du côté des méninges, une poussée sub-inflammatoire par propagation immédiate, cessant dès que le pus a trouvé une issue au dehors.

C'est assez l'avis de M. Cordier (1): « quelquefois, dit-il, le catarrhe de l'oreille moyenne est très grave, il s'accompagne de céphalalgie, quelquefois même de délire, et les douleurs ne disparaissent que quand la membrane du tympan perforée peut donner issue aux produits de suppuration.

Moos (2) classe aussi ces troubles dans l'ordre des réflexes; pour lui, tous ces accidents auraient pour origine une excitation du riche réseau nerveux qui tapisse la muqueuse de la caisse (3).

Mais tous les sujets ne deviennent pas aptes aux troubles psychiques, et les tares cérébrales jouent ici un rôle prédisposant de premier ordre.

Burnett, tout en donnant à l'irritation du plexus

(1) Cordier. — *Etude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole*. Thèse, Paris, 1873.

(2) Moos. — *The connection between epileptiform phenomenon and disease of the ear*. Arch. of ophth. and otd., 1875, pp. 102-107.

(3) Nous trouvons dans la thèse de M. Alb. Robin l'indication suivante: d'après M. le professeur J. Renaut (communicat. écrite) la cavité tympanique renfermerait des plexus sensitifs avec cellules ganglionnaires constituant des centres périphériques.

tympanique le rôle prépondérant, fait aussi une part à l'augmentation de pression de la caisse.

M. Alb. Robin cite en dernier lieu l'opinion de M. Brown-Séquard : « De même, dit le célèbre physiologiste, qu'un ver dans l'intestin peut, en agissant sur les centres nerveux, produire des inhibitions cardiaques, respiratoires et autres, des pertes de fonction, des mises en jeu d'activité diverses et des perturbations variées ; de même aussi, une irritation provenant du nerf auditif peut, en agissant sur le centre cerebro-rachidien, déterminer des inhibitions, des pertes de fonction, des mises en jeu d'activité diverses (et par là produire du délire, des convulsions, des mouvements rotatoires, etc.), et enfin donner lieu à des perturbations multiples des propriétés et des fonctions des centres nerveux. »

Si nous essayons de résumer ces diverses théories, nous trouvons qu'elles peuvent être rangées sous deux chefs principaux : ou bien, par des voies plus ou moins directes, une inflammation dans une des parties de l'oreille se propage aux méninges et à l'encéphale, entraînant ainsi l'apparition de phénomènes cérébraux variés et plus ou moins définitifs, suivant que l'inflammation primitive s'aggrave, diminue ou disparaît ; ou bien une irritation des filets périphériques des nerfs sensitifs ou sensoriels, irritation par compression ou inflammation agit à distance sur les centres cérébraux où elle produit des modifications dynamiques. Si l'excitation morbide est transmise tout d'abord à certains points des centres vaso-moteurs, elle peut par une action réflexe plus compli-

quée produire des congestions ou des anémies dans certaines parties des centres cérébraux dévolus aux phénomènes de l'idéation. On peut ainsi s'expliquer l'apparition des phénomènes délirants les plus variés.

CHAPITRE IV

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SYMPTOMATOLOGIE, LA MARCHE. LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC

§ I. — Comme nous l'avons déjà dit, l'histoire des complications mentales des maladies de l'appareil auditif est peu connue ; et, si les observations de Baillarger, Ball, Régis, Bouchut, etc., le travail d'Alb, Robin, n'étaient pas venus jeter un jour nouveau sur ce point de la pathologie mentale, on pourrait dire que la plus grande incertitude règnerait encore sur ce sujet.

Mais avant d'aborder les considérations sur la symptomatologie, la marche, le diagnostic, le pronostic des différentes complications que nous avons étudiées, nous voulons citer quelques faits de troubles intellectuels passagers, que nous n'avons point classés, et qui sont consécutifs à une affection très légère, à des bouchons de cérumen.

Outre la surdité et la sensation de plénitude dans

l'oreille, symptômes généralement très marqués, on observe du vertige, des bruits, par suite de la pression exercée de dehors en dedans sur la membrane. Cette pression allait dans un cas cité par Toynbee jusqu'à produire des troubles intellectuels. De même, chez un professeur qui portait un bouchon de cérumen dans chaque oreille, outre la dureté de l'ouïe et la sensation de plénitude, il éprouvait souvent pendant ses leçons un trouble dans les idées qui le forçait à s'interrompre ; après l'ablation des bouchons à l'aide d'irrigations tous les symptômes disparurent d'une façon définitive. Il faut remarquer qu'il n'existait chez lui, ni bourdonnements, ni vertiges, accidents qui suffiraient par eux-mêmes à produire une dépression des facultés (1).

Le docteur de Rossi (2), dans son article sur la thérapeutique des maladies de l'oreille en général, et de la médecine opératoire auriculaire en particulier, cite un cas analogue. Il raconte qu'il avait été appelé à traiter, à Rome, un magistrat devenu complètement sourd, à la suite d'une attaque d'apoplexie, à ce que l'on pensait, et de fait il avait le cou très court et tous les attributs du tempérament apoplectique. Il avait été pris de vertige, de perte subite de l'ouïe et ses facultés intellectuelles s'étaient troublées au point qu'on pouvait facilement attribuer ces désordres à une attaque d'apoplexie. La saignée du pied, l'appli-

(1) Urbantschisch. *Traité des Maladies de l'oreille*.

(2) De Rossi. *Della terapia in genere, e specialmente della medicina operativa della malattia dell'orecchio. In giornale intern. delle scienze mediche, anno III.*

cation de sangsues aux apophyses mastoïdes avaient fait disparaître le vertige, les troubles intellectuels, mais la surdité persistait. L'examen des oreilles fit découvrir l'existence d'énormes bouchons de cérumen dans les conduits auditifs. Leur extraction restaura l'ouïe *ad integrum*.

Le professeur Ludwig Meyer (3) a communiqué à von Troeltsch l'histoire d'une mélancolique, dont les illusions continuelles de l'ouïe (comparée à des cris d'enfants) disparurent rapidement après l'éloignement d'un bouchon de cérumen qui obstruait l'oreille et avait produit la surdité unilatérale ; à partir de ce moment, la malade fit de rapides progrès vers la guérison complète.

On pourrait multiplier les exemples. Les corps étrangers, les tumeurs de l'appareil auditif peuvent, soit en comprimant les organes essentiels de l'audition, soit par action réflexe, produire aussi des troubles intellectuels. Chez un enfant auquel Browne enleva 28 petits cailloux de l'oreille, cette opération fut le signal d'un relèvement notable de l'intelligence. Ces cailloux en séjournant 3 ans dans le conduit avaient produit une dépression considérable de la membrane sur laquelle on voyait les impressions de quelques-uns d'entre eux.

En somme les altérations de l'ouïe, depuis les plus légères, peuvent être la cause de troubles psychiques et intellectuels, variant de la simple dépression au délire le plus élevé.

(3) V. Lehrbuch. *Der Ohrenheilkunde von Troeltsch*, 1881, p. 614.

Ces différentes manifestations mentales, ces formes de délire si diverses, sont en général une question de terrain, de résistance cérébrale et dépendent du cerveau sur lequel l'affection primitive de l'oreille a réagi. Tantôt ce sera sur un cerveau sain, tantôt sur un cerveau prédisposé, tantôt enfin sur un cerveau déjà malade. Dans les deux premiers cas, elle sera l'origine ou la cause déterminante du trouble mental ; dans le second, elle se bornera à donner au délire une forme particulière souvent transitoire (Albert Robin), mais qui, dans certains cas, comme celui que nous avons publié, dure autant que l'affection de l'oreille, et qui a grande chance de persister, si celle-ci est incurable. L'état mental de certains individus atteints d'une lésion de l'appareil auditif à quelque chose de spécial (1) ; c'est une dépression intellectuelle et morale hors de proportion avec la maladie causale. On ne saurait incriminer exclusivement la conscience d'une infirmité grave, puisque parfois celle-ci est ignorée du malade, et que dans d'autres cas la maladie est bénigne.

En effet, comme le dit Trœltsch, ce n'est pas seulement chez les sourds que l'on observe ces troubles intellectuels ; c'est aussi et plus fréquemment peut-être, chez des individus atteints de bourdonnements ou sujets au vertige auriculaire. Ils n'atteignent pas seulement des femmes nerveuses ou des sujets prédisposés, mais aussi des hommes intelligents et énergiques.

(1) Albert Robin. — *Loco citat.*

L'impossibilité de tout effort, de tout travail de tête, la difficulté croissante de la compréhension, la perte de la mémoire, telles sont les conséquences de cette dépression de l'intelligence; et quand le malade s'en aperçoit et veut lutter, la moindre tentative est suivie d'une céphalée plus pénible que la maladie elle-même. Parallèlement le caractère se modifie, la tristesse, l'abattement les idées noires envahissent l'esprit; puis ce sont des colères ou des pleurs pour le plus léger motif. Les bourdonnements, s'ils existent, deviennent un vrai tourment et sont le point de départ d'une profonde mélancolie qui aboutit parfois au suicide.

Le docteur Schiffers, de Liège, s'exprime à peu près de la même façon :

La plupart des médecins qui voient des malades observent des cas où les sujets sont incapables de tout travail, sont privés de toute jouissance à cause d'un sifflement continu, d'un chant, d'un bruit de sonnette, etc. Ils sont profondément déprimés, et ils prient leur entourage de les protéger contre des tentatives de suicide ou ils s'y laissent aller.

Chez une autre catégorie de malades, les sensations subjectives sont la cause d'illusions qui, de leur côté, favorisent l'éclosion des idées de folie, mais au développement desquelles concourent en outre souvent des hallucinations. Des 31 malades de Koeppé, qui devinrent plus tard aliénés, 20 souffraient de bruits subjectifs, d'illusions et d'hallucinations. Dans 26 cas rassemblés par le professeur Fürstner, se trouvait chez 19 cette trilogie de symptômes. Si nous

nous demandons quels facteurs favorisent chez ces malades le développement consécutif de la psychose, nous serons disposés à considérer, avec cet auteur, le grand âge comme la cause prédisposante de beaucoup la plus importante. Des 26 malades qu'il a observés, 16 avaient dépassé la cinquantaine ; les bruits avaient existé seuls pendant plusieurs années auparavant ; parmi les malades de Kœppe, 18 appartenaient à cette période de la vie. Ce serait donc ici la diminution de résistance des facultés cérébrales dépendant de la vieillesse qui agirait activement (1).

A côté de ces statistiques, nous allons en citer une, en quelque sorte contradictoire, et que nous trouvons consignée dans la thèse de M. Alb. Robin. Dans une enquête faite à l'asile d'aliénés de Blois, sur 52 malades atteints de délire de persécutions avec hallucinations auditives, M. Doutrebente n'a pourtant trouvé que deux cas de surdité complète et trois de diminution de l'ouïe, ce qui tend à réduire notablement la valeur donnée par Kœppe aux altérations de l'ouïe ; car en dehors du rapport très minime observé par M. Doutrebente entre les hallucinations de l'ouïe et des lésions auditives, il n'est pas démontré que, dans ces cas mêmes, celles-ci fussent la cause de celles-là.

§ II. — Après ces quelques considérations sur la symptomatologie et maintenant qu'elle est mieux

(1) Dr Schiffrs. *Des Troubles psychiques en rapport avec les maladies de l'oreille*. Liège, 1884. Indic. trouvée dans le *Moniteur de la polyclinique*.

connue, on pourrait se demander si une relation n'existe pas entre certains troubles intellectuels et certaines affections de l'appareil auditif. Nous ne croyons pas que cette relation existe d'une façon constante ; car, dans bien des cas, on voit se produire les résultats les plus opposés : la résistance cérébrale, l'hérédité jouant là, comme partout, le rôle prépondérant. Mais comme ces relations se présentent quelquefois, et qu'il est toujours utile et intéressant d'éclairer le diagnostic, nous avons réuni dans ce paragraphe un certain nombre de documents sur ce sujet.

Les corps étrangers déterminent des symptômes subjectifs, variant suivant la nature des corps, et n'offrant aucun caractère pathognomonique ; généralement, ils portent le trouble dans l'audition en la diminuant ou en la supprimant complètement, en même temps ils peuvent faire naître dans l'oreille des bruits variables, tels que des bourdonnements, des sifflements et des tintements. On a vu des symptômes plus inquiétants encore. Fabrice de Hilden cite le cas d'une jeune fille de dix ans qui à la suite de l'introduction d'une boule de verre dans l'oreille gauche, eut des douleurs épouvantables suivies d'une hémicranie continuelle aggravée de temps à autre par un engourdissement de toute la moitié gauche du corps. Au bout de cinq ans, des convulsions épileptiformes apparaissent et le bras gauche s'atrophie. Cessation de tous ces symptômes à la suite de l'extraction du corps étranger.

Quant aux troubles intellectuels proprement dits,

il est impossible de fixer aucune règle à cet égard. Ils pourront être constitués par une simple dépression des facultés, ou par un délire aigu, dont ne sont pas exempts même les animaux. On sait en effet que certains animaux deviennent furieux quand un insecte, une mouche par exemple, s'est introduit dans leur conduit auditif.

Le diagnostic sera donc très variable et dépendra de la nature, de la consistance, de la forme, du siège du corps étranger, du temps pendant lequel il aura séjourné, du nombre des tentatives faites pour son extraction (Miot).

Les symptômes de l'accumulation cérumineuse sont une surdité soudaine, survenant souvent à la suite de l'action du froid qui a tuméfié la peau du méat à la suite d'un bain ou de l'introduction d'eau dans l'oreille. Souvent le malade éprouve un sentiment de plénitude dans l'oreille ; il n'est pas rare qu'il y ait des bruits, du vertige et parfois une douleur considérable. Les symptômes varient du reste suivant la nature et la position de la masse. Quelquefois tout le méat est distendu par le cérumen dont l'extrémité interne se moule sur la membrane du tympan.

Dans ces cas, il existe fréquemment du vertige par suite de la pression exercée sur la chaîne des osselets. Cette pression peut refouler en dedans la membrane du tympan et la chaîne des osselets au point de faire presser la base de l'étrier sur le contenu du vestibule. Dans certains cas de ce genre, on voit de constantes attaques de vertige ; d'autrefois,

il existe une confusion des idées et une impossibilité de marcher droit; dans une troisième catégorie de cas, il y a un sentiment de pesanteur et de pression sur la tête (Toynbec). Bien que la présence prolongée de cérumen durci détermine parfois la lésion des parois du conduit et de la membrane du tympan, on peut dire, d'une façon générale, que cette affection n'entraîne jamais un sombre pronostic; quelque bruyant que soit le cortège symptomatique qui accompagne l'engoûment cérumineux, qu'il y ait vertige, titubation, troubles intellectuels, confusion des idées, etc... il suffit de faire le diagnostic, et avec quelques injections on a bientôt raison de ces perturbations qui peuvent quelquefois dérouter, voire même effrayer les personnes non prévenues.

§ III. — Nous arrivons maintenant aux inflammations aiguës ou chroniques de l'appareil auditif qui produisent des troubles psychiques. C'est dans les inflammations aiguës que l'on observe le plus fréquemment l'extension du processus aux méninges; ayant déjà insisté sur ce point, nous nous contenterons d'indiquer ici les détails qui pourraient compléter la symptomatologie ou éclairer le diagnostic.

L'otite moyenne aiguë, dit M. Alb. Robin, s'accompagne souvent d'engourdissements dans la tête, d'étourdissements et de vertiges d'une persistance et d'une intensité remarquables, qui prennent parfois un caractère dominant et rendent impossible la marche et la station debout. A un degré plus élevé, on observe de l'agitation, de l'insomnie, des vomis-

sements et du délire, qui, coïncidant avec un appareil fébrile, forment un ensemble qui se rapproche de la méningite. Chez l'enfant, les phénomènes, encore plus accusés, rendent la ressemblance frappante ; le pouls est accéléré, les facultés intellectuelles profondément troublées ; l'enfant divague, pousse des cris, s'agite, les muscles de la face se contractent spasmodiquement, de véritables convulsions sont même observées chez quelques malades.

D'après M. Gellé, on pourrait distinguer l'otite aiguë de la méningite, en se fondant sur les caractères du délire et des douleurs qui reviennent par crises surtout pendant la nuit, et qui ont un caractère vertigineux.

S'il est permis dans quelques cas de rapporter les troubles intellectuels à une participation des méninges, dans d'autres il faut peut-être attacher une certaine importance à des modifications de pression dans la cavité du crâne (1).

Le docteur Fürstner croit qu'en faveur de cette opinion plaident plusieurs observations, telles que Schüle en a rapporté. Il s'agissait de deux malades chez lesquels une psychose existante a bientôt disparu, après l'écoulement par l'oreille d'une grande quantité de pus, sans phénomènes prémonitoires.

Cet auteur rapporte (2) en détail l'observation d'un militaire de 29 ans, qui, bien doué sous le rap-

(1) Docteur Schiffers. — *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*. — Janvier 1884.

(2) Handbuch von Ziemssen. — *Geistes Krankheiten von Schüle*. — 1878, pp. 296 et 297.

port intellectuel et sans antécédents héréditaires, menant une vie assez agitée, fut pris un jour d'une grande surexcitation intellectuelle avec symptômes de la folie des grandeurs. Cet état dura trois mois environ. Pendant lesquels les mêmes phénomènes persistèrent avec une pneumonie intercurrente. Au commencement du troisième mois, il se fit un écoulement purulent, fétide, abondant par l'oreille. Le tympan était perforé. Le soir du même jour, le malade se montra plus libre pour la première fois, posa des questions intelligentes. A partir de ce moment, les troubles intellectuels disparurent tout à fait. Après moins de deux mois, le sujet put quitter l'établissement où il était soigné dans un état de guérison complète. Un an plus tard, elle se maintenait toujours. Le malade avait eu un écoulement d'oreille, à la suite de scarlatine, à l'âge de 2 ans. A part une diminution de l'ouïe, le jeune homme s'était toujours bien porté, jusqu'au moment où éclatèrent ces troubles intellectuels.

Le docteur Fürstner rapporte lui-même un cas analogue.

Une paysanne, âgée de 44 ans, ayant beaucoup d'antécédents héréditaires (plusieurs membres de la famille avaient présenté des troubles intellectuels), se trouvait elle-même faible d'esprit. Elle présentait certaines singularités, notamment une crainte enfantine du feu, de l'eau, etc. Ces phénomènes allèrent en augmentant jusqu'à ce qu'enfin elle perdit le sommeil. Elle présenta beaucoup d'excitation, se crut possédée du diable, exorcisée et fit des tentatives de suicide.

Quelques semaines plus tard, le 14 juin, il fallut l'interner dans un institut. Elle tomba dans une mélancolie profonde et était déprimée considérablement ; elle manifestait des craintes continuelles. Elle attribuait au diable les hallucinations qu'elle ressentait. Peu à peu, elle devint stupide, refusa énergiquement la nourriture, dut être nourrie à la sonde.

Le 29 juillet, il s'écoula de l'oreille droite, sans prodrômes, une abondante quantité de pus. Les jours suivants, la patiente devint déjà plus vive, se nourrit spontanément. L'état de dépression psychique diminua peu à peu, la malade reprit des forces. Elle put être congédiée le 3 septembre, et elle a continué à se bien porter, à part l'état de faiblesse intellectuelle qu'elle avait toujours présenté.

L'auteur attribue l'accroissement des troubles de l'intelligence présentés par la malade à une pression exagérée dans la boîte crânienne ; leur disparition rapide, à sa diminution par l'écoulement abondant de pus. Il se présente en effet à l'observation des médecins des cas analogues, où il y a des troubles de l'esprit continus ou intermittents, dans des processus qui élèvent la pression dans la boîte crânienne, notamment dans les tumeurs.

M. Schiffers pense que la cause indiquée par le docteur Fürstner dans ces cas pour expliquer l'accroissement de troubles intellectuels, à la rigueur admissible chez sa malade, doit se montrer fort rarement. Il fallait les grandes prédispositions héréditaires du sujet pour amener les nouveaux troubles de l'intelligence.

Chez ces sortes de malades, il suffit du reste d'une modification légère pour amener une recrudescence des troubles psychiques ou faire éclater un état de folie aiguë. Où était, du reste, le siège du pus ? Provenait-il réellement d'un catarrhe de la caisse ou simplement d'une otite externe ? Ces suppositions sont possibles ; l'auteur ne nous a pas dit que l'examen de l'organe ait été fait.

M. Schiffers pense que ces troubles intellectuels peuvent très bien s'expliquer par l'existence d'une accumulation de liquide dans la caisse avec intégrité du tympan. Dans ces cas, si la paracentèse n'est pas faite ou si l'écoulement ne se produit pas spontanément après peu de temps, il se manifeste des vertiges, de la céphalalgie, même des troubles de l'équilibre, qui peuvent, chez un sujet prédisposé, provoquer l'attaque de folie. En outre, le pus étant dans la cavité crânienne amènerait le plus souvent de la méningite ; il devrait être en grande quantité pour produire une compression, d'autant plus qu'il se répand en surface, et certainement ses effets ne peuvent sous ce rapport être comparés à ceux causés par une tumeur cérébrale.

Pour Schiffers, c'est la pression exercée contre la paroi labyrinthique par le liquide accumulé dans la caisse qui produirait chez ces malades les troubles intellectuels.

L'attaque de folie a cessé avec l'écoulement du liquide au dehors, et avec elle les troubles de dépression intellectuelle, comme auraient été terminés la douleur, les vertiges, la céphalalgie, etc., qu'aurait

présenté une personne absolument à l'abri de tout antécédent héréditaire.

Cette observation de Fürstner a une grande importance, car elle prouve l'influence que peut avoir une affection ds l'oreille chez un sujet prédisposé; elle méritait donc d'attirer l'attention. Mais, comme celle de Schüle, elle est intéressante à un autre titre; en effet, elle nous fait assister à l'évolution morbide d'une psychose dont la symptomatologie bruyante a masqué complètement la cause occasionnelle. Hérédité flagrante, troubles intellectuels prononcés, hallucinations de l'ouïe, aspect complet d'une maladie mentale, en un mot nous avons assisté à tout l'appareil symptomatique qui nécessite un internement; quand tout à coup un écoulement abondant de pus par l'oreille fait cesser ces graves accidents et vient, en éclairant le diagnostic, jeter la lumière sur ce sombre tableau.

Ces deux observations pourraient être classées à la suite des cas de MM. Fournier et Biauté; nous ne l'avons pas fait, car si elles leur ressemblent au point de vue symptomatologique, elles en diffèrent totalement au point de vue de l'évolution et du résultat.

M. Albert Robin donne d'intéressants détails sur les accidents cérébraux dus à la rétention ou à la stagnation du pus. « Une seule chose, dit-il, les différenciera des troubles de propagation, c'est leur disparition quand le pus trouve un libre écoulement. Dans les cas peu communs où la membrane est intacte, où par conséquent il n'y a pas d'écoulement purulent au dehors, il se peut que le pus trouve un écoulement

par la trompe, et les accidents cérébraux seront consécutifs à sa rétention. La douleur auriculaire fixe ou vague, continue ou irrégulière avec bourdonnements, sifflements, bruit de moulin ou chute d'eau, des oscillations dans le degré de surdité, le tout tenant au passage du pus par la trompe et à la rentrée de l'air dans la caisse, ainsi qu'à la plénitude ou à la vacuité de celle-ci, tels sont les signes auriculaires de cette modalité. De plus, le malade a la bouche mauvaise, l'haleine fétide ; il rend par expectoration des matières purulentes parfois striées de sang et d'une odeur infecte, les aliments paraissent avoir une détestable saveur, et le malade dépérit sans motif visible. Si l'attention n'est pas attirée du côté de l'oreille, on pense à une affection de l'estomac, des poumons, des fosses nasales, jusqu'au jour où éclatent les premiers symptômes cérébraux. Mais souvent il est trop tard, le rocher s'est carié en silence, et le retentissement cérébral a pris des proportions telles qu'un retour en arrière est rarement possible. Aussi cette *otorrhée gutturale*, bien que très rare, est-elle peut-être plus grave que l'otorrhée ordinaire, parce qu'elle n'attire que tardivement l'attention. »

Si nous examinons l'ensemble des symptômes psychiques que présentent les malades atteints d'otite moyenne aiguë, avec ou sans rétention ou stagnation du pus, nous assistons dans la plupart des cas à l'éclosion et à l'évolution d'un délire aigu avec plus ou moins d'excitation. Il doit y avoir là une relation de cause à effet, car cette excitation existe dans les circonstances les plus diverses et chez des sujets très

différents ; nous l'avons constaté chez des enfants, chez des adultes prédisposés, chez des malades absolument sains d'esprit et n'ayant aucune tare héréditaire. Evidemment, ce n'est pas là une question de terrain, puisque l'affection primitive de l'oreille réagit sur des cervaux entièrement dissemblables au point de vue du développement et de la résistance cérébrale ; cela tient-il au processus inflammatoire aigu qui se passe dans la caisse du tympan et qui fait entrer en jeu ces deux facteurs importants, la douleur et la céphalalgie, sans parler des bruits subjectifs dont l'intensité doit être exagérée ? Admettrons-nous avec Fürstner que ces phénomènes sont dus à une pression considérable dans la boîte crânienne ? Ou bien, avec Schiffers, que c'est une pression exercée contre la paroi labyrinthique par le liquide accumulé dans la caisse ?

Ne pourrait-on pas invoquer aussi l'irritation intense du plexus tympanique ?

Nous ne voulons point résoudre la question, mais il nous semble que toutes ces opinions sont un peu exclusives, et que l'on ne serait peut-être pas très éloigné de la vérité, en admettant la participation de toutes ces causes. Cette manière de voir n'est pas transcendante, mais, en tous cas, elle n'est pas irrationnelle.

Quelle que soit du reste la pathogénie de ces accidents, on se trouve en présence d'une affection grave qui doit attirer toute l'attention du médecin. Souvent l'otite moyenne est méconnue, puisqu'on ne la constate qu'à l'apparition du pus ; aussi sera-

t-on quelquefois très embarrassé. On devra surtout examiner la forme du délire, les circonstances dans lesquelles il a éclaté, et tenir grand compte des anamnétiques. Si le malade accuse des hallucinations de l'ouïe ou des bruits subjectifs de l'oreille, on aura là une indication précieuse, on sera presque fatalement amené à faire l'examen otoscopique, et grâce à une thérapeutique appropriée, par exemple, à une perforation du tympan faite à temps, on arrivera à amender des symptômes quelquefois alarmants, à conjurer des accidents souvent redoutables.

En effet, si le pus ne trouve pas un écoulement au dehors, le délire persiste ; il s'écoule par la trompe d'Eustache, il donne lieu aux accidents rapportés plus haut ; si c'est par le conduit auditif externe, et c'est ce qui peut arriver de plus heureux, il y a perforation du tympan. En tous cas, si le pus ne suit pas une de ces deux routes, il mine sourdement le rocher et va s'épancher dans la boîte crânienne en déterminant des accidents pour la plupart mortels.

Le pronostic est donc des plus graves et le médecin devra toujours se tenir sur la plus grande réserve.

§ IV. — La symptomatologie psychique des affections chroniques de la caisse, pour être moins bruyante que celle qui survient dans le cours des affections aiguës, n'en est pas moins intéressante.

L'inflammation chronique de la caisse a été très bien étudiée par nombre de spécialistes ; dans ces descriptions, qui ont entre elles la plus grande res-

semblance, on voit toujours apparaître un symptôme prédominant, le bourdonnement, qui, joint au degré plus ou moins avancé de surdité, pourrait bien être, selon nous, la cause principale du trouble fonctionnel cérébral.

Quelques auteurs ont justement insisté sur ce phénomène.

L'inflammation chronique, dit M. Miot, succède à l'état aigu, ou arrive lentement à l'insu du malade. Elle détermine de la surdité ou des bourdonnements dont les variations suivent celles de l'atmosphère. Les bourdonnements sont légers, passagers ou permanents, augmentent peu à peu et deviennent souvent incommodes lorsque le malade est exposé à des changements brusques de température.

Les malades, dit Kramer (1), ressentent quelquefois des craquements dans l'oreille, craquements assez comparables à ceux que l'on obtient quelquefois en tirant un peu fortement le doigt d'une personne ; ils sont dus très probablement à des contractions spasmodiques du muscle interne du marteau. Ils se font entendre à plusieurs reprises, pendant la journée et persistent quelquefois pendant plusieurs jours.

A mesure que l'affection augmente, les bourdonnements deviennent plus intenses et continuels ; la surdité est plus prononcée ; mais comme il est rare que les deux oreilles soient affectées au même degré, le malade suit encore assez bien la conversation. Et si ce n'étaient les bourdonnements continuels dont il

(1) Cité par Miot, *loc. cit.*, p. 223.

est tourmenté, il ne réclamerait pas les secours de l'art (Miot).

M. Alb. Robin fait bien ressortir l'influence des bourdonnements sur le système cérébral. Ils constituent, dit-il, une souffrance de tous les instants, qui déprime le malade, l'attriste, modifie son caractère, et le conduit parfois au suicide. Aux bourdonnements se joignent peu à peu des étourdissements, de la lourdeur de tête, une sensation de compression cérébrale, puis des névralgies siégeant dans les nerfs de la cinquième paire.

Cet ensemble rend le malade irritable à l'excès, inapte au travail, en même temps que sa mémoire se perd et qu'il s'achemine vers la lypémanie et l'hypochondrie.

L'inflammation interstitielle de la caisse, ou cataracte sec, ou sclérose de la muqueuse, bien décrite par de Trœtsch, a une marche sourde, lente et sûre. Elle n'avertit pas le malade par des bourdonnements, car, lorsque ce symptôme apparaît il est tout d'abord imperceptible, puis un peu plus accusé et l'affection a déjà parcouru quelques-unes de ses périodes. Cette affection détermine rarement de la douleur ; mais il est fréquent de voir apparaître des symptômes variés signalés par de Trœtsch. Les malades deviennent hypochondriaques, ou sont tourmentés par des maux de tête. Ils ont des étourdissements, des vertiges, une sensation de lourdeur et d'oreille pleine, quelquefois des vomissements, suivis plus tard de nausées et de vomiturations continues. Ces trois derniers symptômes n'ont jamais été remarqués par M. Miot.

Quoi qu'il en soit, lorsque le processus morbide a parcouru quelques-unes de ses phases, le malade est généralement affecté de bourdonnement et d'un certain degré de surdité. Le bourdonnement est faible tout d'abord, devient plus prononcé à mesure que les modifications pathologiques se prononcent davantage dans l'articulation de l'étrier et de la fenêtre ovale. Il est comparable au murmure d'un ruisseau dont le cours est entendu à une certaine distance, ou plutôt à un *zi* continu. Quelquefois au milieu du bruit, ou pendant que le corps est soumis à un ébranlement un peu énergique, le bourdonnement paraît disparaître; soit que le bruit empêche le malade de l'entendre, soit que celui-ci n'y fasse pas attention (Miot).

Parmi les altérations que fait subir l'inflammation chronique de la caisse, il en est une, l'ankylose des osselets, qui donne lieu à des troubles psychiques singuliers qui ont été très bien décrits par Toynbee : « Un symptôme intéressant et très commun des premiers degrés de l'ankylose de l'étrier, est la perte du pouvoir d'accommodation de l'organe. Il en résulte que le malade peut entendre parfaitement une seule voix distincte; mais si une seconde voix vient s'ajouter à la première, il devient complètement incapable d'entendre l'une ou l'autre voix. Il a perdu le pouvoir d'accommoder rapidement son oreille, pour entendre la voix de la personne qui s'adresse directement à lui, à l'exclusion de celle de l'autre personne.

« Il est encore un autre symptôme frappant dans les premiers degrés de l'affection : *c'est la nécessité de*

faire un effort de volonté pour saisir le son d'une voix qui cesse d'être perceptible aussitôt que cet effort diminue. Il m'est arrivé en effet de recevoir des malades qui se plaignaient non pas d'avoir l'oreille dure, puisqu'ils entendaient tout ce qui se disait dans une chambre, mais de n'être pas capables d'entendre sans un effort prolongé d'attention, ce qui leur causait bientôt une fatigue insupportable. Ce dernier phénomène s'explique naturellement et parfaitement par le plus ou moins de rigidité de la chaîne des osselets dans cette maladie, et l'effort musculaire qui est conséquemment exigé pour mouvoir les osselets et les tenir dans un mouvement continu.

« Un autre symptôme, qui est certainement un symptôme caractéristique des degrés ultérieurs de cette affection, mais que je ne puis pas nier pouvoir exister aussi dans une autre maladie de l'oreille, c'est l'immense soulagement qu'éprouvent les malades qui voyagent en voiture sur une grande route raboteuse. Des vibrations considérables sont communiquées au corps. Ce sont ces vibrations, sans doute, qui ébranlent la chaîne des osselets et lui impriment une sorte de mouvement vibratoire qui, en se prolongeant, permet aux muscles d'agir sur les osselets. »

Comme on le voit, la symptomatologie mentale des affections chroniques de l'oreille diffère sensiblement des troubles psychiques que l'on observe dans les inflammations aiguës. Rarement on constate de l'excitation maniaque proprement dite, et tout se borne, la plupart du temps, à une dépression intellectuelle dont l'étendue varie avec les prédispositions du

sujet. Rarement on se trouve en présence de phénomènes cérébraux dus à la propagation aux méninges du processus morbide ; aussi le pronostic est-il loin d'être aussi alarmant que pour les affections précédentes, au moins comme conséquences immédiates, et le malade est exposé tout au plus aux désagréments d'une surdité plus ou moins avancée et de bruits subjectifs le plus souvent très pénibles.

L'inflammation chronique de l'oreille a une marche lente. Ordinairement la trompe d'Eustache et la caisse du tympan participent seules à l'inflammation. C'est beaucoup plus tard que le processus inflammatoire envahit l'apophyse mastoïde. Il lui fait subir des modifications profondes en déterminant l'épaississement de la muqueuse qui tapisse ses cellules. Cette transformation pathologique de la muqueuse mastoïdienne doit évidemment réagir sur l'ouïe. Comment ? M. Miot pense qu'elle influence l'audition parce que les cellules mastoïdiennes jouent un rôle analogue à celui des sinus frontaux qui prolongent l'impression odorante, de même que les premières prolongent l'impression auditive.

L'inflammation chronique disparaît rarement ; mais l'amélioration est fréquente et peut se maintenir toute la vie. Elle est souvent incurable parce que les malades sont très négligents et viennent consulter le médecin à une époque où le processus morbide a modifié trop profondément les membranes de l'oreille moyenne et a envahi l'oreille interne (Miot).

La mort n'est jamais causée par l'inflammation chronique de l'oreille moyenne, que M. Miot distingue

avec raison de la suppuration chronique de la caisse. En effet, comme le dit Wilde : (1) « Aussi longtemps qu'il existe une otorrhée, nous ne sommes jamais en état de dire quand ni comment elle se terminera. Toute suppuration de l'oreille peut devenir une maladie mortelle. »

L'inflammation interstitielle a une marche lente dans la plupart des cas. Quant au pronostic il n'a de gravité que parce que l'affection peut causer une surdité prononcée ; il en est de même pour l'ankylose des osselets qui n'en est que la conséquence.

Quant aux lésions inflammatoires de l'oreille interne, décrites sous le nom d'otite labyrinthique aiguë, d'otite interne (Voltolini, S. Duplay), leur anatomie pathologique, voire même leur symptomatologie est encore trop peu connue pour que nous croyons devoir insister. On a constaté simplement que les vertiges et la surdité jouaient dans ces affections un rôle prépondérant.

D'un autre côté, beaucoup des lésions de l'oreille, déjà passées en revue, peuvent déterminer sous l'influence de causes mal connues des vertiges plus ou moins analogues à ceux qu'on a rapportés à l'otite labyrinthique. On comprend donc facilement les difficultés qu'il peut y avoir à séparer bien nettement les accidents dus à une lésion de l'oreille interne des troubles plus ou moins réflexes qui tiennent à des altérations non seulement de l'oreille moyenne ou externe, mais même d'organes éloignés.

(1) Cité par Alb. Robin.

Voltolini décrit sous le nom d'otite interne une affection essentiellement aiguë et fébrile, qu'on observerait surtout chez les enfants et qui, d'après S. Duplay, ne serait autre qu'une méningite avec troubles auditifs.

La maladie apparaît brusquement, il y a de la fièvre, de l'agitation, des vomissements. Le délire survient, avec des cris aigus au bout de vingt-quatre heures, les malades ne tardent pas à tomber dans le coma et y restent trois ou quatre jours.

Parfois cependant, ces accidents se dissiperaient assez vite ; mais, il persisterait d'abord du vertige, puis une surdité qui devient incurable (1).

Du traitement nous ne pouvons dire qu'un mot. Les troubles psychiques, chez les malades atteints d'une affection de l'oreille, ne constituent pas la lésion essentielle, ils ne sont qu'un symptôme. Dès lors, pas de traitement qui puisse directement être appliqué aux troubles intellectuels. On combattra la lésion, on essaiera de supprimer la cause ou d'en ralentir la marche, et ce sera là le seul moyen thérapeutique à employer dans le traitement de ces folies sensorielles.

Dans cette thèse, presque toute d'observations, nous nous sommes constamment tenu sur le terrain clinique. On nous reprochera peut-être de n'avoir pas insisté sur le mécanisme de la production des

(1) Jamain et Ternier. — *Manuel de pathologie chirurgicale*.

troubles psychiques et d'avoir ainsi négligé la partie la plus intéressante de notre sujet. Nous avouons humblement que la difficulté de la question nous a rebuté et qu'elle est beaucoup au-dessus de notre compétence ; aussi laissons-nous aux physiologistes ou aux aliénistes le soin de combler cette lacune.

Nous avons simplement essayé, en réunissant des faits relativement peu connus, d'éclairer un coin de la pathologie mentale et de montrer les différences essentielles qui existent entre les folies sensorielles et les vésanies proprement dites.

En attirant l'attention des médecins sur les complications mentales des affections de l'oreille, nous ne croyons pas avoir fait un travail inutile, car, en étant prévenu, on peut instituer un traitement qui peut éviter aux malades de redoutables complications cérébrales ou un internement dans un asile.

CONCLUSIONS

1° Les maladies de l'oreille, quelles qu'elles soient, peuvent donner lieu à des complications mentales pouvant varier de la simple dépression intellectuelle jusqu'au délire le plus complexe.

2° Le délire affecte en général la forme mélancolique hypémaniaque. Les conceptions mégalomaniaques sont l'exception.

3° Le délire avec excitation se voit le plus souvent dans les inflammations aiguës de l'oreille, surtout quand il y a une poussée du côté des méninges ou obstacle à l'évacuation du pus.

4° L'hérédité, les bruits subjectifs auditifs peuvent être considérés comme les facteurs étiologiques les plus importants dans la production des troubles psychiques.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Des épithéliums et de leurs variétés.

Physiologie. — Lymphes. Circulation lymphatique.

Physique. — Théorie des sensations auditives et des phénomènes acoustiques qui prennent naissance dans l'organisme humain.

Chimie. — Composés oxygénés et sulfures. De l'antimoine.

Zoologie et anatomie comparée. — Du *toenia mediocanellata*, ses transformations et ses migrations.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de gomme. — Ovaire. Sa nature, ses parties, sa position par rapport aux autres organes de la fleur.

Pathologie externe. — Des abcès par congestion.

Pathologie interne. — Thrombose et embolie.

Thérapeutique. — Ether sulfurique.

Hygiène. — Du mal des montagnes et du mal des aéronautes.

Accouchements. — Antéversion et antéflexion de l'utérus pendant le travail.

Pathologie générale. — De la contagion et de l'infection.

Ophthalmologie. — Des lésions anatomiques de la scléro-choroïdite postérieure.

Médecine opératoire. — Des indications et des contre-indications des amputations en général.

Anatomie. — De l'oreille moyenne.

Maladies cutanées ou syphilitiques. — De la stomatite mercurielle.

Anatomie pathologique. — Des lésions dites tuberculeuses.

Médecine légale. — Distinguer les blessures faites pendant la vie, de celles qui ont été faites après la mort.

Médecine expérimentale et comparée. — Comparaison de la septicémie chirurgicale et des maladies analogues produites expérimentalement chez les animaux.

Clinique médicale. — Des terminaisons des pneumonies. Valeur clinique des souffles extra-cardiaques.

Clinique chirurgicale. — De l'ablation sous-périostée du calcanéum ; indications et résultats au point de vue du fonctionnement du pied. Des plaies pénétrantes de poitrine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALPHABÉTIQUE

- BAILLARGER Des hallucinations, des causes qui les produisent.
— Paris 1846, p. 302.
- BAILLARGER Des hallucinations psycho-sensorielles. Annales
médico-psychologiques. 1846 (VII).
- BALL Encéphale. 1882.
- BONDET Etude physiologique sur une variété de bourdon-
nement. *Journal d'anatomie et de physiolo-
logie*. 1862.
- BOTTEUX Essai sur les hallucinations. Lyon, 1836.
- BOUCHUT..... Du délire et de la folie produits par les maladies
de l'oreille. - *Gazette des hôpitaux*, p. 1001,
1877; — p 1065, 1878.
- BOYÉ Folie consécutive à une fracture du rocher —
Montpellier médical, 1880.
- BRIERRE DE BOISMONT Des hallucinations. Paris, 1862.
- TH. BROWNE..... *Brit-med.-journal*, 13 mai 1882.
- CATLETT..... *American journal of insanity*, 1877.
- COMPÉRAT..... Des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Paris,
1872.
- FURSTNER..... *Berliner Klinische Wochenschrift*, 30 avril 1883.
- GELLÉ *Tribune médicale*, 1875.
- KÆPPE..... *Allgem-Zeitschr*, f. psychiatrie, 1867.
- LUYS..... Annales des maladies de l'oreille et du larynx.
1877.
- MABILLE..... Annales médico-psychologiques, 1883.
- MARTINENQ..... De l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans
le délire des persécutions. Paris, 1880.
- MÉNIÈRE..... *Gazette des hôpitaux*. 1878, p. 147.
- MICHÉA..... Des hallucinations, de leurs causes, etc... Paris,
1846.

- MICHÉA Du délire des sensations. Paris, 1851.
MIOT Traité pratique des maladies de l'oreille.
REGIS Encéphale 1881. Des hallucinations unilatérales.
RITTI Théorie physiologique de l'hallucination. Paris, 1874.
ALB. ROBIN Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif Paris, 1883.
S. JOHN ROOSA Arch. of otol. 1880, p. 49.
RYSS WILLIAMS Lancet, 28 avril 1877, *Gazette médicale*, 1877 p. 357.
SCHWARTZE Ueber subjective Gehörsempfindungen. Berl. Klin. Wochenschr., 1866.
SCHIFFERS Des troubles psychiques en rapport avec les maladies de l'oreille. Liège, 1884.
SEXTON Washington. Novembre 1881, reproduit par le *London medical record*. 1882. Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1882, p. 295.
TOYNBEE Traité des maladies de l'oreille. Trad. par le Dr G. Darin, 1874.
TRÄELTSCH Lehrbuch der Ohrenk. 1877, p. 566.
TUCZEK Ein fall von objectivem ohrgeräusch als Ursache von Melancolie.
Berliner Klinische Wochenschrift, p. 432, 1881.
URBANTSITCH Traité des maladies de l'oreille. Trad. par le Dr Calmettes.
AUG. VOISIN Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1876.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Président de Thèse,
PIERRET.

Vu : *Le doyen,*
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur :
EM. CHARLES.

